

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA:
das situações de urgência aos cuidados intensivos
coronários**

Gisela Nóbrega Teixeira

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de
Enfermagem de S. José de Cluny para a obtenção de grau de
Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2017

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÍTICA:
das situações de urgência aos cuidados intensivos
coronários**

Gisela Nóbrega Teixeira

Orientador: Prof.^a Doutora Merícia Bettencourt

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de
Enfermagem de S. José de Cluny para a obtenção de grau de
Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica.**

Funchal,

2017

Não sou nada.

Nunca serei nada.

À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Merícia Bettencourt pela orientação e motivação.

Às Enfermeiras Sónia Vasconcelos e Conceição Magano pelo exemplo como enfermeiras especialistas, e como pessoas.

Aos colegas desta caminhada pela partilha de saberes e dificuldades.

Aos meus amigos.

À minha família.

RESUMO

A função do enfermeiro na equipa multidisciplinar é imprescindível, sendo o profissional de saúde que acompanha o doente desde o acolhimento até após a alta. Em contextos em que o doente crítico é uma realidade diária, espera-se que cada enfermeiro mobilize conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística às necessidades e problema dos doentes e suas famílias, detetando precocemente situações potencialmente críticas e que carecem de uma intervenção rápida para o melhor prognóstico possível.

O desenvolvimento deste relatório surge no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, sendo que a sua execução servirá para dar visibilidade ao percurso efetuado, através do relato do processo de aquisição das competências comuns e específicas nos estágios efetuados, adicionadas às competências desenvolvidas no exercício da minha atividade profissional, também ela em contexto de atendimento ao doente crítico.

Portanto, o seu objetivo principal é evidenciar o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. A metodologia utilizada foi a descritiva, analítica e reflexiva, estabelecendo um paralelo entre as atividades realizadas e competências desenvolvidas.

Concluindo, o objetivo foi alcançado, no sentido de que hoje as competências de especialista e mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica são por mim assumidas e fazem parte do meu pensar e agir como enfermeira. Ser enfermeira promotora de cuidados especializados, conduz não só à evolução de cada profissional, mas também a cuidados de excelência, como têm direito os doentes e as suas famílias, e reforça a nossa importância e o nosso lugar na equipa de saúde.

Palavras-chave: Enfermagem Médico-cirúrgica; especialização; competência clínica; cuidados críticos.

ABSTRACT

The role of a nurse in the multidisciplinary team is indispensable, being the health professional who accompanies the patient from the reception until after discharge from the hospital. In contexts where the critical patient is a daily reality, each nurse is expected to mobilize multiple knowledge and skills to respond in a timely and holistic manner to the patient's needs and problems and their families, to early detect potentially critical situations and that require rapid intervention for the best possible prognosis.

The development of this report arises within the scope of the 1st Masters Course in Medical-Surgical Nursing, of the S. José Cluny Higher Nursing School, being that its execution will serve to give visibility to the route made, through the reporting of the process of acquiring common and specific skills in the stages carried out, added to the skills developed in the exercise of my professional activity, also in the context of the critical patient care.

Therefore, its main objective is to highlight the process of skills development of the specialist nurse in Medical-surgical Nursing. The methodology used was descriptive, analytical and reflexive, establishing a parallel between the activities carried out and the developed skills.

In conclusion, the objective was achieved, in the sense that today the skills of specialist and master in Medical-Surgical Nursing are assumed by me and are part of my thinking and acting as a nurse. Being a nurse that promotes specialized care leads not only to the evolution of each professional, but also to excellence in care, as patients and their families are entitled to and reinforces our importance and our place in the health team.

Keywords: Medical-Surgical Nursing; specialization; clinical competence; critical care.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

bpm – batimentos por minuto

BPS – *Behavioral Pain Scale*

CDI – CardioDesfibrilhador Implantado

DGS – Direção-Geral da Saúde

DOI – *Digital Object Identifier*

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – EletroCardioGramma

ECMO – *ExtraCorporeal Membrane Oxygenation*

HSJ – Hospital de S. João

OE – Ordem dos Enfermeiros

PA – Pressão Arterial

PCI – *Percutaneous Coronary Intervention*

PCR – Paragem CardioRespiratória

PIC – Pressão IntraCraneana

PICCO – *(Pi)Pulse Contour Cardiac Output*

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo da Infecção e Resistências aos Antimicrobianos

PVC – Pressão Venosa Central

SAV – Suporte Avançado de Vida

SESARAM – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SO – Sala de Observação

SU – Serviço de Urgência

TAC – Tomografia Axial Computadorizada

TAVI – *Transcatheter Aortic Valve Implantation*

TISS – *Therapeutic Intervention Scoring System*

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

VV – Via Verde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
CAPÍTULO I - DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ÀS COMPETÊNCIAS DO 2º CICLO DE FORMAÇÃO.....	17
CAPÍTULO II – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA.....	23
2.1. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista	29
2.2. Desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.....	35
CAPÍTULO III – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	47
3.1. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista	51
3.2. Desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.....	56
CAPÍTULO IV – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA COM DOENÇA CORONÁRIA.....	65
4.1. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista	72
4.2. Desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.....	76
CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89

INTRODUÇÃO

A função do enfermeiro na equipa multidisciplinar é notória, sendo o profissional de saúde que acompanha o doente desde o acolhimento até após a alta. Em contextos em que o doente crítico é uma realidade diária, espera-se que cada enfermeiro mobilize conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística, detetando precocemente situações potencialmente críticas e que carecem de uma intervenção rápida para o melhor prognóstico possível.

Deste modo, pode-se definir cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica como cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como explica a Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento n.º 124/2011.

De forma a dar resposta às necessidades do doente crítico, é imperativo desenvolver competências especializadas, com base num conhecimento aprofundado, neste domínio específico, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde.

No âmbito da Unidade Curricular Relatório de Estágio, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny, foi-me proposta a realização de um relatório de estágio, através do qual relatasse todo o meu processo de aquisição de competências comuns e específicas como enfermeira especialista ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica. Neste relatório, darei especial atenção ao desenvolvimento de competências ao longo da minha prática profissional, pois foi alvo de creditação e das competências adquiridas nos estágios de Cuidados Intensivos e de Opção.

Contudo, este relatório também tem a pretensão de ser proposto a candidatura para obtenção do grau de mestre. Como descrito no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, artigo 20º, o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre integra um estágio de natureza profissional objeto de relatório final, no qual conste uma descrição e análise científica sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio.

Portanto, este relatório, descritivo e reflexivo, tem como objetivo evidenciar o processo de desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica. Este processo

desenrolar-se-á em três etapas, que correspondem a três capítulos, que refletem três contextos da prática.

Assim, o primeiro capítulo evidencia o processo de aquisição de competências no contexto de enfermagem de urgência, ao longo da minha prática profissional num Serviço de Urgência (SU), alvo de creditação no Estágio I – Urgência.

O segundo capítulo descreve o processo de aquisição de competências especializadas no contexto de enfermagem de cuidados intensivos, Estágio II – Cuidados Intensivos.

Por fim, o terceiro relata o desenvolvimento de competências especializadas no Estágio III – Opção, o qual decorreu no contexto da pessoa com doença coronária. A escolha deste contexto é fruto do meu interesse, já de longa data por esta problemática, a qual constatei ser frequente na minha prática clínica e que pelo grande impacto que tem em cada indivíduo, em cada família e em toda a sociedade, faz-me querer disponibilizar os cuidados especializados que cada pessoa e família necessitam e merecem.

Para complementar e enriquecer este trajeto, mencionarei autores atuais e de referência como Patricia Benner. Também procurei enquadrar, em termos teóricos, evidências científicas resultantes de investigações realizadas por enfermeiros, que sendo especialistas nas diferentes áreas se revelaram pertinentes para o tema deste relatório. Contudo, como alicerces, estão o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, aliadas às competências preconizadas pelos descritores de Dublin para o segundo ciclo de formação superior.

Por fim, utilizei as normas orientadoras para a elaboração de trabalhos académicos, disponibilizadas pela escola, para a formatação deste trabalho, bem como para as citações e referências bibliográficas.

CAPÍTULO I - DAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA ÀS COMPETÊNCIAS DO 2º CICLO DE FORMAÇÃO

A enfermagem como profissão tem passado por uma série de acontecimentos que definiram a sua história. A enfermagem que hoje conhecemos teve como ponto de partida a nossa percursora Florence Nightingale, sendo notório que as origens da enfermagem profissional estão no seu trabalho. Na verdade, os esforços de Nightingale para a melhoria nos cuidados desencadearam uma revolução, salientando o facto de que para a prática de enfermagem era necessário formação (Dieckmann, 2011).

Com efeito, em 1901, foi criada a primeira escola de enfermagem em Portugal e em 1967 foram criados os primeiros cursos de especialização (Nogueira, 1990).

Logramos afirmar que a enfermagem modernizou-se, pois os enfermeiros procuram cada vez mais conhecimentos, procuram mais e melhores práticas, ao ponto de ser inimaginável os cuidados de saúde sem enfermeiros.

Assim, ressalva-se então a importância do enfermeiro especialista, como promotor de cuidados específicos e especializados. A OE, no Regulamento n.º 122/2011, certifica que

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidas num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Já anteriormente, Leite (2007), da OE, elucidava que as especialidades em enfermagem contribuíram para o progresso da profissão, através do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem e de uma prática baseada na evidência. Logo, salientou que o enfermeiro especialista deve ser reconhecido pelo cidadão, entidades empregadoras e decisores políticos, como detentor de competências diferenciadas, num campo de intervenção particular.

Neste seguimento, o perfil de competências, regulamentadas pela OE, é o instrumento orientador para a prática de enfermagem.

Define-se então competência, segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2013), como “qualidade de quem é capaz de resolver determinados problemas ou de exercer determinadas funções; aptidão (...)” (p. 388).

Alguns autores (Degallaix & Meurice, 2003; Le Boterf, 2005; Mendonça, 2009), de diferentes áreas profissionais, apresentam semelhantes definições de competências: um conjunto de aptidões quer do indivíduo, quer adquiridas, que são mobilizadas para executar tarefas e resolver problemas.

Todavia saliento Dias (2006), na área da enfermagem, que diz que “as competências dizem respeito às características individuais (...), conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de actividades, designadas por cuidados de enfermagem (...)” (p. 36).

Ainda assim, Gómez-Rojas (2015) acrescenta que a competência profissional é o grau de utilização dos conhecimentos, habilidades e julgamento associados a uma profissão, em todas as situações que se podem enfrentar no decorrer da prática profissional.

Contudo, não poderia deixar de referir Patricia Benner, que tanto contribuiu para o estudo da aquisição de competências em enfermagem. De forma a consolidar a sua teoria, Benner (2001) adaptou à prática clínica de enfermagem, o modelo Dreyfus e Dreyfus de aquisição de competências. Então explica essencialmente que “a aquisição de competências baseadas sobre a experiência é mais segura e mais rápida se assentar sobre boas bases pedagógicas” (p. 23).

Desta forma, descreve que os enfermeiros em níveis diferentes da prática reconhecem e respondem às necessidades de forma diferente. O conhecimento clínico torna-se numa fusão do conhecimento teórico e prático, à medida que a enfermeira ganha experiência.

Então, os diferentes níveis de aquisição de competências do enfermeiro, segundo Benner (2001), são: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

Sumarizando, a OE distingue, a partir do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, um conjunto de competências clínicas especializadas, que se concretizam em comuns e específicas. Esta regulamentação tem como objetivo certificar as competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar dos enfermeiros especialistas.

Nesta configuração, as competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, e estão agrupadas em domínios de competência. No Regulamento n.º 122/2011, artigo 3º, a OE explica que domínio “é uma esfera de acção e compreende um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados”.

Neste seguimento, aos quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria da qualidade; domínio da gestão dos cuidados, domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, estão anexadas competências, e subsequentemente as respetivas unidades de competência. Deste modo, unidade de competência “é um segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função maior ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no progresso”. Competências específicas são aquelas que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade (Regulamento n.º 122/2011, artigo 3º).

Neste caso, como deiscente do Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, regule-me pelas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica, que são: cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica; dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação; maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. Por sua vez, estas competências são descritas em unidades de competência.

Então, perante a concretização das competências como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, proponho-me também a concretizar as competências do 2º ciclo de formação, como deiscente de um mestrado.

Desta forma, o regulamento do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Despacho n.º 8046/2015 de 22 de julho, esclarece que este visa o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, ético-deontológicas e humanas altamente diferenciadas.

O que vai de encontro ao Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, artigo 15º, no qual é conferido ao candidato ao grau de mestre, que demonstre possuir conhecimentos e capacidade de compreensão: sustentando-se nos conhecimentos obtidos num curso de 1.º ciclo ou equivalente, os desenvolva e aprofunde; e que permitam e constituam a base de desenvolvimentos ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.

Também que saiba aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; que demonstrem capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; que sejam capazes de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e igualmente que desenvolvam competências que lhe permita uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Portanto, após esta dinâmica de exposição das competências a conquistar, darei seguimento a este relatório, expondo a minha prática profissional e os contextos dos estágios desenvolvidos, nos próximos três capítulos. Em cada um deles, darei ênfase aos objetivos idealizados e efetivados, descrevendo, analisando e criticando, à luz do olhar da enfermagem e das respetivas competências especializadas.

Com efeito, os saberes já adquiridos, serão projectados num *know* e *know-how* especializados, visto que o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica é o culminar de uma necessidade profissional, e de uma ambição de novos conhecimentos e melhores práticas.

CAPÍTULO II – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM CONTEXTO DE URGÊNCIA

A Enfermagem de urgência, nos nossos tempos, é muito complexa, sendo notório que cada utente é cada vez mais exigente, também porque, diariamente, surgem notícias de novos feitos na área da saúde. Todavia, as situações de urgência são igualmente cada vez mais exigentes, sendo o doente crítico frequente, à conta da evolução da sociedade.

Portanto, está descrito um longo passado histórico da área da urgência, basta pensarmos que Florence Nightingale desenvolve os seus cuidados em cenários de guerra, com feridos críticos que careciam de cuidados emergentes. Sabe-se também que, há registos anteriores de cuidados de urgência em guerras (Patrick, 2011).

É então pertinente elucidar, desde já, acerca do conceito de urgência, de forma a enquadrar este tema. Segundo o Dicionário da Língua Portuguesa (2013), urgência é definida como “qualidade do que é urgente; carácter do que não admite demoras; necessidade imediata; pressa; aperto; situação que exige atenção imediata; serviço de um hospital onde se prestam cuidados médicos e cirúrgicos com carácter de emergência” (p. 1614).

Por conseguinte, atualmente, o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto descreve que os SU devem estar definidos de forma a dar resposta ao doente urgente e emergente, por isso determina, padrões mínimos relativos à sua estrutura, recursos humanos, formação, critérios e indicadores de qualidade e define o processo de monitorização e avaliação.

Então, os SU são classificados de acordo com os níveis de resposta, por ordem crescente de recursos e de capacidade de resposta, como SU básico, SU médico-cirúrgico e SU polivalente.

O SU básico é o que está mais próximo das populações, sendo o primeiro nível de acolhimento das situações urgentes, resolvendo as situações mais simples e comuns.

O SU médico-cirúrgico é o segundo nível de atendimento, serve de apoio aos SU básicos, e referenciam para os SU polivalentes.

Quanto ao SU polivalente, é o nível mais diferenciado de resposta às situações de urgência e emergência.

Desta forma, os enfermeiros, seja em que nível de atendimento de urgência exerçam as suas funções, devem ser dotados de características e

habilidades, que pela sua prática e estudo, os tornam especializados na área da emergência.

Assim sendo, Neighbors (2010) descreve a enfermagem de emergência como diversa, multidimensional e especializada da enfermagem profissional.

Além disso, Fazio (2011) acrescenta que, segundo a *Emergency Nurses Association*, é “uma especialidade que se distingue pelas características do doente da Urgência, pelo ambiente em que é exercida e pelo conjunto de conhecimentos específicos necessários” (p. 10).

Mais recentemente, Holanda, Marra e Cunha (2015) atribuem aos enfermeiros que trabalham na emergência, a prestação de cuidados necessários e esperados, de forma atempada, de forma a garantir um serviço de alta qualidade com competência adequada.

Perante este conjunto de competências exigidas aos enfermeiros da urgência, este curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica abrange um estágio num SU, que contempla um conjunto de competências a desenvolver e de resultados de aprendizagem a obter, para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Face a esta perspetiva, como desenvolvi a minha prática profissional num SU, isto já há 11 anos, solicitei creditação desta unidade curricular, conforme disposto no Regulamento n.º 506/2014 de 10 de novembro, nos termos do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 36/2014, de 10 de março, denominado Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. Este regulamento esclarece, no artigo 3º, que a creditação da experiência profissional deverá resultar da demonstração da aquisição de conhecimentos e competências de forma objetiva.

Então, para tal, procedi à entrega do pedido de creditação, juntamente com os documentos solicitados para a creditação de experiência profissional, tais como, o currículo *vitae*, o portfólio da experiência de trabalho, com documentação de trabalhos e projetos comprovativos da aquisição de competências, a descrição da experiência acumulada, que fundamentou as competências desenvolvidas e uma declaração da entidade patronal comprovativa da experiência profissional.

Deste modo, o pedido foi remetido ao Presidente do Conselho de Direção, que o encaminhou ao Conselho Técnico-Científico, que por sua vez decidiu creditar esta unidade curricular.

Antemão, de forma a contextualizar o meu local de trabalho, apresento, de seguida, a caracterização do mesmo.

O SU, onde iniciei funções em outubro de 2005, como enfermeira licenciada, situa-se no andar técnico do Hospital Dr. Nélio Mendonça, na cidade do Funchal. Como SU polivalente, dá resposta à Região Autónoma da Madeira, ilha da Madeira e ilha do Porto Santo. Isto resume-se a uma resposta a mais de 250 mil habitantes.

Como SU polivalente, isto é, um SU com o nível mais diferenciado de resposta, oferece recursos como especialidades médicas e cirúrgicas, bloco operatório, imagiologia, patologia clínica com toxicologia, pneumologia e gastroenterologia com endoscopia, medicina intensiva e hiperbárica, de acordo com o Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, artigo 5º.

Este SU também assegura o funcionamento dos sistemas de resposta rápida, como prevê o mesmo despacho, artigo 13º, com a Triagem de Manchester. Deste modo, neste serviço estão garantidas as Vias Verdes (VV) coronária, sépsis, trauma e AVC (Acidente Vascular Cerebral). Para tal, o funcionamento da VV coronária resulta da disponibilidade de Intervenção Coronária Percutânea (PCI). A VV da sépsis pela disponibilidade da Medicina Intensiva, estando esta unidade no mesmo piso que o SU. Também como centro de trauma, com a VV do trauma, com serviço de imagiologia adjacente ao SU, bloco operatório, e equipa de prevenção das especialidades cirúrgicas. Por fim, a VV AVC, além de uma equipa com capacidade para o diagnóstico clínico, e disponibilidade do serviço de imagiologia no SU, este hospital dispõe de uma unidade de AVC, também no mesmo piso do SU.

Quanto ao espaço físico, apresenta à entrada, e com acesso pelo exterior, uma secretaria, que funciona para as admissões dos doentes, e informações aos familiares. De seguida, a sala de triagem, com 2 postos de atendimento. Aqui, os doentes são encaminhados segundo a área médica, como já está predefinido pelos fluxogramas aplicados aquando da triagem. À sala de espera, comum à área médica e cirúrgica, segue-se os gabinetes de atendimento, 3 de medicina e 1 de cirurgia. A sala de tratamentos é uma sala transitória, onde se fazem as primeiras intervenções, sendo depois o doente encaminhado para outra sala. Outro espaço é a denominada sala aberta, trata-se de um espaço mais alargado do corredor, onde os doentes que necessitam de menor vigilância

aguardam efeito terapêutico e resultados de exames. A sala de recuperação é a área onde os doentes que necessitam de vigilância intermédia permanecem, da área da Medicina, e também da área da Psiquiatria.

Também dispõe de áreas como a área de ortopedia, com um espaço de atendimento médico e outro de tratamentos e de enfermagem, numa sala comum, e a área cirúrgica, que possui uma sala de pequena cirurgia e uma sala de cirurgia, onde ficam os doentes desta área que necessitem de uma vigilância intermédia.

Por fim, conta com uma Sala de Observação (SO), com 11 camas, onde podem ficar doentes de todas as especialidades médicas. Das 11 camas, 2 estão contidas na sala de cuidados especiais, e são destinadas a doentes críticos, que necessitem de vigilância intensiva e de medidas de suporte de vida, 8 estão no SO propriamente dito, sendo que a última está numa sala de isolamento.

Finalmente, a sala de emergência encontra-se junto à entrada, numa zona mais ou menos central, com acesso próximo à imagiologia, à Medicina Intensiva, e ao elevador, para o bloco operatório, que fica no andar superior.

Todo este espaço é utilizado para dar resposta a uma média de 349 doentes por dia, segundo os dados da Direção Regional de Estatística da Madeira (2016), que aponta para 127 446 entradas no SU, no ano 2015.

Para esta capacidade, está disponível uma equipa de 81 enfermeiros, sendo 7 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 7 especialistas em enfermagem de saúde mental, 4 especialistas em enfermagem de saúde comunitária e um especialista em enfermagem de reabilitação.

Por cada turno, dispõe de 13 enfermeiros nos turnos da manhã e tarde e 11 no turno da noite.

Nos sucessivos subcapítulos, revelo como desenvolvi a minha atividade profissional, os ganhos pessoais e profissionais, e consequentemente o desenvolvimento de competências. De seguida, reportar-me-ei a esse percurso, em paralelo com as competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

2.1. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro detentor de um conjunto de competências clínicas especializadas é, por norma, resultado do desenvolvimento da sua prática profissional, por um período longo de tempo, numa determinada área, mas também do empenho e motivação que o mesmo ostenta para evoluir. As capacidades de tomada de decisão, capacidade analítica e científica na recolha de dados e as qualidades de reflexão crítica, são descritas por Neighbors (2010), como inerentes ao enfermeiro de urgência.

Relembro, previamente que as competências comuns de enfermeiro especialista estão agrupadas em quatro domínios:

- domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;
- domínio da melhoria da qualidade;
- domínio da gestão dos cuidados;
- domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O início da minha prática profissional teve lugar neste mesmo SU, em outubro de 2005, com uma integração de 3 meses, com um colega experiente do serviço.

O caminho que percorri até à enfermeira que sou hoje, foi seguramente repleto de vivências positivas e negativas, mas que me conduziram à construção de um perfil de competências compatíveis com cuidados especializados, com base num conhecimento aprofundado, de forma a dar resposta aos recetores dos meus cuidados.

Dito isto, Pearson & Craig (2003) afirmam que os cuidados de enfermagem necessitam mobilizar uma vasta gama de bases de evidência.

Para que a minha praxis clínica se baseasse em padrões de conhecimento sólidos e válidos, senti desde muito cedo, necessidade de adquirir mais e melhores saberes. Para tal, fiz formação essencialmente na área da enfermagem de urgência tais como cursos de suporte básico de vida, com desfibrilhação automática externa, de suporte avançado de vida (SAV), interpretação do traçado ElectroCardioGráfico (ECG), de emergências médico-cirúrgicas, de urgências respiratórias, de ventilação, de emergências pediátricas, curso avançado de trauma hospitalar e de salientar uma pós-graduação em

emergência e trauma, na qual desenvolvi um trabalho de revisão de literatura sobre a presença da família na sala de emergência. Então, além de ter promovido aprendizagens pessoais, a formação que desenvolvi também contribuiu para caminhar na direção das competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, como descrevo ainda neste capítulo.

Contudo, o caminho que percorri também contribuiu para a construção da pessoa que sou hoje, desenvolvendo competências de autocontrolo, muito pela comunicação com doentes, familiares e equipa multidisciplinar, sendo que agora, conheço muito mais a minha resposta e reação a determinadas situações. Como exemplo disso, posso referir o facto de no presente reagir de uma forma mais ponderada e assertiva a um doente agitado, do que quando dava os meus primeiros passos no SU.

Ainda no domínio das aprendizagens pessoais, ressalvo que colaborei, muitas vezes, na orientação de estudantes de licenciatura, em estágio no SU. Esta experiência fez-me desenvolver capacidades, tais como, de promover a aprendizagem, levando ao desenvolvimento dos futuros colegas e da própria profissão. Também permitiu a identificação das necessidades formativas, tanto dos estudantes como minhas.

Quanto à gestão e qualidade, são domínios cada vez mais atuais, em que já se compreende que ambos nos guiam a uma prática de segurança, tanto para os doentes, como profissionais. Como é explicado por Fragata (2011), o investimento no desenvolvimento de uma cultura de segurança é o factor que mais contribui para a sustentabilidade e para lideranças mais corretas.

Então, na minha prática procuro que esteja sempre presente um ambiente terapêutico e seguro. Para tal, são variados os aspectos a ter em conta, como o ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual, de forma a que cada doente se sinta seguro e protegido. Por exemplo, a situação que mais se destaca num hospital, e é até frequente num SU, é a recusa em fazer transfusões de sangue por parte de testemunhas de Jeová. No entanto, e por isto, devo respeitar as decisões do doente, e continuar a tratá-lo da mesma forma e a oferecer os mesmos cuidados, também porque estas atitudes comportam o meu dever como enfermeira, assente no Código Deontológico da profissão, que defende o cuidado à pessoa sem qualquer discriminação, respeitando as opções políticas, culturais, morais e religiosas, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, artigo 102º.

Para a segurança do doente, e assim para a prática de cuidados de qualidade, a OE padronizou, no Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, os quais devem servir de norteadores e referenciais para a prática especializada do enfermeiro especialista.

Neste sentido, também menciono o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Despacho n.º 1400-A/2015, coordenado pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde (DGS). Este tem como objectivos:

- aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
- aumentar a segurança da comunicação;
- aumentar a segurança cirúrgica;
- aumentar a segurança na utilização da medicação;
- assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
- prevenir a ocorrência de quedas;
- prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;
- prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

Então, no SU, quanto à segurança cirúrgica, tem sido minha prática o preenchimento de uma *check-list* pré-operatória, em uso na instituição, para assegurar que um conjunto de procedimentos são efetuados antes da cirurgia. Também dou uma especial atenção às mais recentes indicações quanto à prevenção e controlo de infeção, de acordo com as *guidelines* mais recentes, as quais explico mais à frente, na competência dedicada à infeção.

A segurança da comunicação é garantida, por toda a informação que transmito aos colegas ou outros elementos da equipa multidisciplinar, quando transfiro um doente, ou nas passagens de turno. Nestes momentos, dedico a minha atenção em comunicar todos os factos pertinentes para garantir a continuidade dos cuidados, dando atenção à privacidade dessa informação, o que por vezes é difícil no SU, pois a grande circulação de pessoas, faz com que por vezes familiares oiçam informações que até nem são relativas ao seu familiar doente.

Outro pormenor importante para a segurança nos cuidados de saúde é a administração de medicamentos. Tenho a preocupação de cumprir as orientações quanto à preparação e administração do medicamento, contudo, pelo grande fluxo de doentes e por vezes pelas situações de emergência, estou ciente que o erro pode acontecer, pelo que tenho atenções redobradas no sentido de administrar o medicamento certo, ao doente certo, como confirmar o medicamento e a dose com a prescrição no processo clínico, a identificação do doente no respectivo processo e pela pulseira de identificação, e sempre que possível a identificação positiva. Numa revisão sistemática de literatura, Nogueira, Gomes, Belchior e Araújo (2016) referem que nos contextos de atuação do enfermeiro, o SU é aquele com maior potencial para ocorrência de erro, pelo stresse inerente à rotatividade e dinâmica de atendimento, mas também pela escassez de profissionais, bem presente nos dias de hoje.

Em relação à identificação dos doentes, é norma neste SU que todos os doentes sejam identificados com uma pulseira onde consta o nome e número de processo clínico. Esta informação é imprescindível para a segurança dos cuidados, tanto para os doentes que verbalizam, quanto mais para os que não se identificam por estarem inconscientes, ou por confusão mental, por exemplo. Quando estou no posto de trabalho triagem, sou o primeiro profissional de saúde a identificar o doente, depois da inscrição na secretaria, colocando a pulseira. Sinto que este procedimento acarreta uma grande responsabilidade, visto que se houver um erro nesta fase, pode desencaminhar um contínuo de erros nos procedimentos seguintes. Por isso, tenho sempre a preocupação de confirmar o nome completo do doente, dando atenção também à idade, o que questiono, aquando da triagem.

Por fim, destaco que, nos doentes internados no SO e não só, a prevenção de quedas e úlceras por pressão são focos da minha atenção, pelo que identifico 2 diagnósticos de enfermagem, relativamente aos mesmos, entre outros. A prevenção destas situações é preocupação de melhoria de cuidados neste serviço.

Portanto, na minha prestação de cuidados, os cuidados na prevenção das úlceras por pressão estão presentes, e dada a faixa etária dos utentes, merecem uma especial atenção em cuidados como a alternância de decúbitos, a hidratação e a oxigenação dos tecidos, entre outros. Contudo, contrariamente ao idealizado,

no SU surge turnos de maior carga de trabalho, muito à custa de situações de emergência ou de grande afluência, que dificultam a sua execução, pelo que tento fazê-lo logo que possível, ou peço ajuda a um colega disponível para fazê-lo.

A preocupação com as quedas é relevante, pelo simples facto de muitos idosos no SU apresentarem confusão mental. Uma dificuldade presente é gerir as camas disponíveis com proteções laterais, de forma a oferecê-las preferencialmente aos doentes com risco de queda.

Marques, Sousa e Silva (2013) referem que a confusão aguda é um problema comum nos idosos hospitalizados, e que os enfermeiros revelam dificuldades no reconhecimento e gestão desta situação.

Em suma, destaco que como consta no Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro,

a qualidade dos cuidados de saúde não se resume à garantia da sua segurança. O conceito de qualidade na saúde assenta em várias dimensões, como a pertinência dos cuidados, a sua segurança, a sua aceitabilidade e acessibilidade e a sua prestação no momento adequado. Assenta, ainda, na garantia da continuidade dos cuidados e na sua eficiência e efetividade.

O exercício seguro, profissional e ético, requer que o enfermeiro demonstre habilidades de tomada de decisão ética e deontológica (Regulamento n.º 122/2011). Portanto, a prática especializada pressupõe uma exigência acrescida, contudo assenta num corpo de conhecimento profundo, com predomínio na resolução de problemas, com base nas respostas mais apropriadas e equitativas.

Entre muitas outras decisões inerentes à minha prática, um dos processos no qual sinto uma grande responsabilidade envolvida, é na Triagem de Manchester. A partir da minha avaliação, tendo como ferramenta os fluxogramas e discriminadores desta triagem, tenho de decidir qual o passo seguinte. Isto é ainda mais exacerbado na activação das VV, porque tenho de conjugar um conjunto de informações, como as queixas do doente, os critérios de ativação das mesmas, e ainda fazer com que o doente receba o melhor tratamento, o mais rápido possível.

Por fim, foco os direitos dos doentes, que passam também pelos direitos humanos, e que norteiam o Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). O SU é um serviço particular, tanto pelo seu espaço físico, como pela mobilidade de pessoas, tanto profissionais, como doentes e acompanhantes. O sigilo da informação sofre muitas vezes invasões, seja porque

quando um clínico conversa com um doente estão outros, lado a lado, a ouvir, ou porque, como já observei, os acompanhantes em vez de estarem junto do seu familiar, estão juntos de outros doentes e mesmo de nós profissionais, sem motivo para tal. O cuidado tem de ser redobrado quando falamos dos doentes, por isso procuro reduzir o tom de voz, e encontrar um espaço mais distante, que garanta alguma privacidade da informação.

Relativamente à privacidade, trata-se também de um tema muito delicado, sendo um desafio constante garantir a privacidade do doente num corredor, numa sala ampla, apenas com algumas cortinas e biombos, que deixam sempre uma brecha para alguém espreitar. Neste sentido, tenho um trabalho redobrado, ao ter de estar constantemente em busca de um espaço, de um biombo, de um recanto para com mais privacidade prestar cuidados, não deixando o doente mais frágil e vulnerável do que já está.

Para zelar pelo anteriormente relatado, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, artigo 12º, defende que ninguém será sujeito à interferência em sua vida privada, e como exposto nos Direitos dos utentes dos serviços de Saúde, Lei n.º 15/2014 de 21 de março, artigo 5º, o utente dos serviços de saúde é titular dos direitos à proteção de dados pessoais e à reserva da vida privada, e no artigo 6º, o utente dos serviços de saúde tem direito ao sigilo sobre os seus dados pessoais, o que está em consonância com o Código Deontológico do Enfermeiro, Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro, artigo 106º, que obriga considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, partilhar a informação pertinente só com aqueles implicados no plano terapêutico, também como no artigo 107º, respeitar a intimidade da pessoa salvaguardando a sua intimidade.

Resumidamente, o desenvolvimento de competências ao longo da prática profissional é constante, principalmente quando somos detentores de motivação para aprender e aperfeiçoar o que fazemos. É notório que desenvolvi competências, que com certeza serão a base da minha prática em qualquer contexto em que trabalhe. As competências comuns do enfermeiro especialista atribuem a cada enfermeiro especialista a capacidade de oferecer cuidados de enfermagem especializados, sendo este o marco que os distingue do enfermeiro generalista.

2.2. Desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

Em contexto de urgência, o doente crítico é uma realidade diária, pelo que se exige do enfermeiro de urgência um crescendo de capacidades, tanto na área do saber como do saber fazer. Este conjunto de capacidades é traduzido em competências, que impreterivelmente resultam em cuidados altamente qualificados, à pessoa a vivenciar eventos de risco de vida imediato.

Nesse caso, recorro que o perfil de competências regulamentadas pela OE resultou no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica, Regulamento n.º 124/2011, que vou por ora relatar, e é constituído pelas seguintes competências:

- cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica;
- dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação;
- maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas.

Antes de mais, neste regulamento, a OE define pessoa em situação crítica como aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e que a sua sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica.

Como enfermeira há 11 anos num SU polivalente, tenho uma perspetiva do doente crítico, fruto das experiências que vivi e dos conhecimentos que adquiri, que me colocam agora num nível de competências próximo ao de enfermeira especialista em pessoa em situação crítica, ou até mesmo nos níveis de competências descritos por Benner (2001), de proficiente, ou mesmo perita. Sendo que esta autora coloca no nível de proficiente a enfermeira que trabalha há pelo menos 5 anos com a mesma população de doentes.

Portanto, a presença constante do doente crítico, coloca-me, privilegiadamente, no foco dos cuidados especializados e altamente qualificados que compõem o perfil de competências aqui relatado.

Para tal, ao longo da minha prática, foi vasto o contacto com o doente crítico de diversas etiologias. Até porque, foi um desafio a diversidade de patologias e eventos, dos diferentes sistemas orgânicos, como respiratório, cardíaco, neurológico, digestivo, músculo-esquelético, entre outros mais, e ter de lidar com as respostas humanas aos problemas de saúde, visto ser esta a essência dos focos de atenção da enfermagem.

Para desenvolver a competência cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, muitas foram as experiências ao longo do tempo.

Estas experiências passam pelo doente com patologia respiratória, que são muito frequentes, muito porque os doentes crónicos apresentam fases de descompensação. Isto permitiu-me desenvolver habilidades, como por exemplo, na ventilação não invasiva, até porque, nos últimos anos, assistiu-se a um aumento do uso deste tipo de ventilação como explicam Ferreira, Nogueira, Conde e Taveira (2009). Neste mesmo estudo, estes autores concluíram que esta técnica exige grande disponibilidade e dedicação do profissional, obrigando a reavaliações frequentes, e que por isso seja instituída por profissionais treinados, assim como em unidades próprias, com monitorização adequada.

A aquisição desta competência passa também pelo doente com patologia cardíaca, seja com doença isquémica do coração, que como aponta a DGS (2016), é responsável por cerca de 7000 óbitos por ano, isto no intervalo de 2009 a 2013, ou com arritmia, que também verifico, no meu dia-a-dia, ser muito frequente. Estas situações permitiram-me desenvolver competências na interpretação do traçado ECG, bem como na interpretação de sinais de instabilidade por choque cardiogénico, e igualmente competências específicas na administração de anti-arrítmicos, por exemplo.

Como complemento, quero destacar o curso de interpretação do traçado ECG, que foi essencial para aperfeiçoar o cuidado aos doentes cardíacos e não só.

Também não poderia deixar de referir o doente politraumatizado, muito frequente com a evolução da sociedade, e constitui uma importante causa de mortalidade e morbilidade em todo o Mundo, incluindo Portugal (DGS, 2010).

No meu leque de experiências nesta área estão traumatismos por acidentes de viação, de trabalho, domésticos, desportivos, quedas acidentais ou

por tentativas de suicídio, agressões. Todas estas experiências permitiram que interiorizasse a avaliação primária e secundária da pessoa vítima de trauma. Desta forma, adquirir treino na abordagem ABCDE, que nos permite pesquisar as situações que se associam a risco de vida imediato, como explicam os autores Nunes et al. (2009). Esta abordagem organiza, de forma sistemática, como devemos abordar o doente, em que cada letra corresponde a uma etapa:

A – controlo da via aérea e coluna cervical;

B – ventilação;

C – circulação com controlo de hemorragia;

D – disfunção neurológica;

E – exposição e controlo de temperatura (Nunes et al., 2009).

A sequência “ABCDE” é evidenciada na Norma de Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Politraumatizado (DGS, 2010), como sendo a metodologia universalmente aceite e a recomendada no nosso País.

Perante tantos outros doentes críticos, com, por exemplo, sepsis, choque séptico, cetoacidose diabética, intoxicações, queimaduras extensas, hemorragias digestivas ou outras, com choque hipovolémico, AVC, aprendi e cresci profissionalmente, em virtude de todos e cada um deles, e assim fui aperfeiçoando os meus cuidados, em resposta aos seus problemas, e consequentemente crescendo na aquisição de cada vez mais competências. Em suma, Benner (2001) explica que “o conhecimento prático adquire-se com o tempo, e as enfermeiras nem sempre se dão conta dos seus progressos” (p. 33).

Por isso, concluo que estas práticas ofereceram-me ferramentas para identificar prontamente focos de instabilidade e para responder de forma pronta e antecipatória aos mesmos.

O mesmo se aplica quanto à destreza técnica. Ao longo da prática foram muitas as técnicas de enfermagem nas quais desenvolvi habilidades, mas também em outros cuidados técnicos de alta complexidade, como por exemplo, o manuseamento de cateteres arteriais, centrais, de Pressão IntraCraniana (PIC), também de ventilação invasiva e não invasiva, drenos torácicos, e outros. Até porque, num SU polivalente, nós enfermeiros temos de estar preparados para todos os cuidados que o doente possa precisar e que lhe possam salvar a vida.

Para isto, sendo o SO o local do SU onde permanecem os doentes críticos, foi dos postos de trabalho determinantes para alcançar as competências

agora relatadas. No SO é garantida uma vigilância contínua e pormenorizada, com monitorização e equipamento necessário para SAV. É também onde permanecem doentes que, são já da responsabilidade da Medicina Intensiva, mas que não são transferidos por ausência de vagas, ou outros motivos. Desta forma, os enfermeiros têm de desenvolver capacidades de enfermagem avançada, até porque, mesmo em contexto de SU, o enfermeiro deve assegurar a continuidade dos cuidados, como prevê o Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 104º.

Foi portanto assim que também desenvolvi aptidões para gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos. Até porque como o SU não possui nenhum protocolo terapêutico específico próprio, foi desta forma, com doentes de Medicina Intensiva, que pude conhecer e aperfeiçoar competências para aplicá-los. No entanto, aponto situações desafiantes, em que as condições de um SU, não são concretamente as mesmas de uma Unidade de Cuidados Intensivos (UCI). Isto, por exemplo, no protocolo da hipotermia induzida, torna-se difícil geri-lo sem uma avaliação contínua da temperatura corporal. Mas todas estas situações fizeram-me desenvolver habilidades para lidar com complicações, com o imprevisto, e para resolver problemas.

Quanto à sala de emergência, esta sala é ativada por um alarme sonoro, pelo enfermeiro do posto de trabalho acolhimento, sendo que estão sempre destacados 3 enfermeiros da equipa para compor a equipa de enfermagem da sala de emergência. Estes postos são designados de A, B e C, aos quais estão atribuídas determinadas funções. Segundo o Manual deste SU, consultado no serviço, o elemento A é quem coordena a equipa de enfermagem, e ocupa-se essencialmente da via aérea, por se posicionar à cabeça do doente. Também providencia a funcionalidade da sala, após a saída do doente. O elemento B tem como funções monitorizar o doente, assegurar acessos venosos, entre outros, tendo em conta que se posiciona ao lado do doente. O elemento C assume a função de circulante, colaborando na execução de técnicas com o elemento B, e preparando material e medicação. Também estabelece ligação com a família da vítima, colhendo informação.

Neste tempo de prática profissional, fui ocupando qualquer um dos postos da sala de emergência, inicialmente como elemento B e C, mas após alguns anos como elemento A. Tendencialmente, o responsável de equipa atribui o posto A,

aos enfermeiros com mais experiência. Deste modo, desenvolvi as competências descritas em qualquer um dos elementos.

Segundo refere Cardoso (2015), normalmente no contexto Português, o número de elementos de enfermagem que compõem a equipa desta sala são 3, o que vai de encontro com o que descrevi anteriormente. No entanto, também refere que, idealmente, deveriam ser 5: 1 - *Team Leader*: via aérea/ventilação; 2 - Apoio ao *Team Leader*; 3 - Massagem Cardíaca e intercala-se com o elemento n.º 2 de 2/2 min; 4 - acessos venosos e fármacos; 5 - Apoia o elemento nº4 na preparação dos fármacos, efetua registos e comunica com a equipa exterior.

Por fim, por tudo isto, dou ênfase às competências no SAV, que fui desenvolvendo, seja em situações médicas ou de trauma. Estas situações exigem competência e agilidade, como tal, do enfermeiro espera-se uma resposta pronta e atempada.

Deste modo, também destaco a formação específica que fiz nesta área, e que me permitiu oferecer cuidados cada vez mais especializados aos doentes, as quais já descrevi no subcapítulo das competências comuns.

Continuando nesta linha, como enfermeira do SU, sou triadora há 5 anos. Da minha experiência com a triagem de Manchester, senti, sem qualquer dúvida, que foi primordial antecipadamente desenvolver experiência na avaliação do doente que recorre a um SU, para então iniciar-me no posto de trabalho da triagem, e é o que recomenda o Grupo Português de Triagem: “o profissional de triagem deve ter experiência suficiente de cuidados de urgência, pelo menos seis meses, e capacidade para comunicar eficazmente com os doentes e as suas famílias”.

Então, para cumprir o meu papel como enfermeira triadora, tive de desenvolver capacidades em observar e ouvir o doente, reconhecer sinais de gravidade, identificar focos de instabilidade, estabelecer prioridades, responder de forma pronta e antecipatória, e surpreendentemente gerir conflitos.

Dito isto, se hoje consigo identificar, ao primeiro olhar, um doente com edema agudo do pulmão, por exemplo, foi por já ter observado inúmeras vezes quais os sinais e sintomas que estes doentes apresentam.

Por ter cuidado um considerável número de doentes, fez com incorporasse características de observação, análise e pensamento intuitivo. Como

Benner (2001) elucida, a “perita, que tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação (...)” (p. 58).

Por ora, passo a um assunto muito delicado, por ser um frequente motivo de ida ao SU, e por causar muito sofrimento ao doente. Decididamente, a dor é um foco da atenção de cada enfermeiro, independentemente da causa, e muito mais num SU, pois às situações graves, ou seja, ao doente crítico, está associada a presença de dor, como confirmam Teixeira e Durão (2016), “a dor está quase sempre presente na pessoa em situação crítica, tendo esta impacto no estado geral do indivíduo” (p.135).

Mais uma vez, com a minha prática, consegui desenvolver habilidades em interpretar evidências fisiológicas e emocionais de dor e mal-estar, e até comportamentos característicos de alguns tipos específicos de dor, por já ter observado um variado número de vezes, como por exemplo, a mão no peito na dor precordial e na região lombar na cólica renal.

Portanto, as autoras Teixeira e Durão (2016) referem ainda que a gestão da dor envolve a utilização de escalas e indicadores para a sua monitorização adequada, que permitam quantificar a sua intensidade e avaliar a eficácia das intervenções implementadas.

Assim, a minha experiência é mais alargada no uso da escala verbal da dor, em doentes que comunicam. Quando converso com o doente, questionando acerca da dor, adiciono sempre uma avaliação dos sinais fisiológicos da dor, como palidez, sudorese, expressão facial, taquicardia, entre outros.

Quanto ao doente inconsciente, confesso que me limitava à avaliação dos sinais fisiológicos, no entanto, após ter iniciado este mestrado, mudei muitos dos meus comportamentos, sendo um deles a aplicação da escala da dor BPS (*Behavioral Pain Scale*), a qual conheci melhor e compreendi e, por isso, comecei a aplicá-la. Explicarei melhor esta escala da dor, muito usada nas UCI, no próximo capítulo.

Todavia, as pessoas que recorrem ao SU, e suas famílias, encontram-se também fragilizadas, vivenciando sentimentos de medo e ansiedade. Pois, como referem Peixoto et al. (2012), a doença ameaça a integridade, segurança, controlo, informação, decisão, dignidade e autonomia.

Então, devemos assistir a pessoa e a família nas perturbações emocionais, estabelecendo uma relação terapêutica e utilizando linguagem

adequada ao doente, à família e à situação. Certamente, neste percurso da minha prática, estive em muitos momentos críticos, dolorosos e de sofrimento, junto de doentes e famílias, transmitindo ou colaborando com outros profissionais de saúde, enfermeiros ou não, na transmissão de más notícias. Denotar que a sensibilidade para cada situação está inerente a cada enfermeiro, pois todos somos humanos, mas também mães, pais, filhos e filhas.

Contudo, apesar da sensibilidade e perícia na comunicação que se desenvolve ao longo da vida e da prática profissional, o SU, pelas suas características, muitas vezes não oferece condições de privacidade para as conversas mais difíceis. É preciso ter atenção aos pormenores, conseguir o espaço adequado, e ter disponibilidade para apoiar o doente e a família.

Em suma, Holanda et al. (2015), num estudo no qual definem o perfil de enfermeiro de emergência, apontam como características inerentes à competência básica denominada Humanização, o acolhimento, a comunicação, o diálogo, a resolubilidade, o respeito e saber ouvir.

Logo, é importante que as minhas experiências em relações interpessoais, nomeadamente em contextos de doença crítica, me tenham facultado habilidades para lidar com a ansiedade, medo, sofrimento, e até com a morte. Noto também que, quando disponho de maior disponibilidade e dedico mais tempo à família, normalmente recebo um sorriso e um agradecimento.

Infelizmente, por outro lado, há que apontar situações de agressividade, normalmente verbal, que muito me entristece na minha prática no SU. Não pretendo apontar as razões das mesmas, que devem ser variadas, no entanto são situações que afetam a prestação de cuidados, por originarem stresse na equipa e ansiedade na relação enfermeiro-doente-família.

De acordo está Correia (2016), referindo que

A violência no local de trabalho no setor da saúde ameaça a prestação de serviços seguros e eficazes aos doentes. Para que sejam prestados cuidados de enfermagem de qualidade, os enfermeiros têm de ter a garantia de um ambiente de trabalho seguro e de um tratamento respeitoso (p. 129).

É por isso uma situação preocupante, pois estamos numa era em que cada vez mais se fala na importância da família, e da sua presença para a recuperação do doente, como já tinham concluído Sá, Botelho e Henriques (2015), numa revisão sistemática de literatura, promover a presença da família é

essencial na prestação de cuidados de enfermagem de excelência à pessoa em situação crítica.

Ao encontro desta inquietação está a Lei n.º 33/2009 de 14 de julho, artigo 2º, na qual se pode ler “Todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada e deve ser informado desse direito na admissão pelo serviço”.

Passando agora à competência dinamiza a resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítimas, da conceção à ação, realmente o SU é um local privilegiado para o desenvolvimento da mesma.

O SU possui um Plano de Resposta Hospitalar a Emergências Externas com Vítimas, no qual estão descritas um conjunto de normas e regras de procedimento, destinadas a evitar ou minimizar os efeitos de um acidente grave, catástrofe ou calamidade, que possam conduzir a uma procura súbita, inesperada e excessiva de cuidados de urgência e que podem esgotar os recursos disponíveis. Este plano é ativado consoante o número de vítimas: 10 a 30 feridos (nível 1); 31 a 60 feridos (nível 2) e > 60 feridos (nível 3).

Ter participado em alguns simulacros, ao longo destes anos, foi uma forma de conhecer o plano de catástrofe do meu serviço, e também de pô-lo em prática, visto que colaborei na preparação dos espaços e na reposição e disposição de materiais, por exemplo, logo que o plano foi acionado.

No entanto, a Natureza tem marcado a sua presença nos últimos anos na Madeira, ocasionando catástrofes naturais, como incêndios e aluviões. Deste modo, na verdade, também já vi esse mesmo plano acionado, por mais que uma vez, em situações reais. Fiz parte de todo o processo, desde a fase inicial, quando o próprio serviço se organiza, o que normalmente é complicado pelo facto de que um SU está muitas vezes sobrelotado, e é urgente encaminhar os doentes para outras áreas do hospital. Como exemplo, foi uma situação que vivenciei, em pleno inverno, e foi ativado o plano de catástrofe por estarem cerca de 30 pessoas retidas na montanha, porque a estrada estava intransitável pela neve, e já tinha anoitecido. Visto que o principal risco que as vítimas correriam seria a hipotermia, foi necessário adicionar a preparação de material para aquecimento, o que não é muito frequente nesta ilha.

Por outro lado, também como exemplo de catástrofes ocorridas, foram as situações dos incêndios, mais graves agora recentemente, mas que também já

levaram à evacuação do hospitais e lares, em anos anteriores. Esta situação requer a disponibilidade de mais profissionais de saúde.

Das situações mais marcantes foi o dia 20 de fevereiro de 2010, especialmente porque provocou muitas vítimas, e também porque todos fomos afetados, sendo por familiares ou amigos. Até pra se chegar ao hospital ou a casa era difícil circular. As vítimas que chegavam ao SU estavam emocionalmente desfeitas, juntamente com as suas casas. Toda esta panóplia de emoções foi, para mim, difícil de gerir. A preocupação com os nossos familiares era grande, estando nós ali no hospital, a prestação de cuidados tinha lugar entre lágrimas.

Contudo, esta experiência melhorou a minha preparação nos eventos posteriores, e irá se refletir se tiver de enfrentar um incidente desta envergadura no futuro. O mesmo compreendeu Silva (2013), no estudo no qual foram inquiridos profissionais de saúde deste SU, acerca da catástrofe do dia 20 de fevereiro, na Ilha da Madeira. Então concluiu que a maioria dos interventores consideram que o nível de preparação para intervir numa situação de catástrofe é, consideravelmente superior ao verificado nesse dia, após terem passado por tal experiência.

De qualquer forma, senti ainda necessidade de otimizar as minhas competências em situação de catástrofe, sendo que em novembro de 2016, realizei o Curso *Medical Response to Major Incidents* (MRMI).

Quanto à competência relacionada à prevenção e controlo de infeção, a OE considera, no Regulamento n.º 124/2011, que a necessidade da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica de medidas invasivas, de diagnóstico e terapêutica, para a manutenção da sua vida, envolve risco de infeção, graças à complexidade das situações e à diferenciação dos cuidados exigidos.

Nesta vertente, tenho desenvolvido, ao longo da prática comportamentos cada vez mais assertivos. A minha maturidade profissional tem-me conduzido a uma prestação de cuidados cada vez mais segura e consciente. Para isto, dou cada vez mais importância à prevenção e controlo da infeção, estando ciente das consequências de não fazê-lo.

Por isso, estou formalmente atenta às normas do PPCIRA (Programa de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos), nomeadamente ao programa Stop Infeção. Este programa foi criado para 12 hospitais portugueses, com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian, com o

objetivo de reduzir em 50% a incidência das infeções hospitalares, em 3 anos, no qual este hospital está incluído (*site* SESARAM).

Neste programa foram definidos feixes de intervenções, ou seja, ações que devem ser adotadas por todos os profissionais de saúde, de forma a atingir o objetivo acima referido.

De forma geral, é por mim praticável que estes feixes de intervenções sejam cumpridos no SU.

Por exemplo, no caso da prevenção da infeção relacionada com o cateter vesical, habitualmente converso com o médico assistente acerca da necessidade de algaliar um doente somente para monitorização da diurese, quando possível com a colaboração do doente. No caso da prevenção da infeção do local cirúrgico, dou especial atenção em não adiar a administração do antibiótico endovenoso, de forma a ser administrado antes de ser transferido para o bloco operatório. A tricotomia também é agora realizada já nesse serviço, pelo que deixei de fazê-la no SU, o que faz cumprir os feixes de intervenção determinados, que indicam que deve ser feita o mais próximo possível da cirurgia.

A dinâmica de um SU é sinceramente desafiante, onde numa balança equilibram-se a eficácia e a eficiência, ou seja, é necessário fazer rápido, mas é preciso fazer bem. Também a grande circulação de pessoas torna este controlo mais difícil, pois todos os dias sinto necessidade de explicar procedimentos, educando doentes e acompanhantes quanto à prevenção da infeção.

Desafiante também porque, nas fases de grande afluência, uma simples atitude como manter a distância adequada entre cada maca, é um trabalho inglório.

Como profissionais de saúde, relembro que é fundamental ter em mente a segurança do doente. A prevenção e controlo da infeção estão previstos no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2105), no qual se elucida que as infeções associadas aos cuidados de saúde dificultam o tratamento adequado do doente e são causa de significativa morbilidade e mortalidade, bem como de consumo acrescido de recursos hospitalares e comunitários, sendo que cerca de um terço são, seguramente, evitáveis. Na conclusão desta ação de 5 anos, uma das metas, entre outras é atingir uma taxa de prevalência de infeção hospitalar de 8%.

Deste modo, asseguro que desenvolvi competências na prevenção e controlo da infeção, que me aproximam da competência maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica.

Concluindo, as experiências e vivências da minha prática de 11 anos no SU são tantas e tão intensas, que se torna difícil transcrevê-las apenas em algumas páginas. No entanto, cada competência foi seguramente desenvolvida, pelo que observei, executei e errei.

A cada passo caminho na direção do perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, que se compromete ser engrandecido com o Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica e seus estágios.

CAPÍTULO III – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS

No presente, as unidades de cuidados críticos são um local evoluído, onde estão integrados os cuidados mais sofisticados, dotadas de equipamento e profissionais especializados.

Contudo, apesar da mais recente evolução das UCI, já há muito tempo que há a preocupação de melhorar a vigilância e cuidados aos doentes mais instáveis, isto porque, como refere Smith-Blair (2010), Florence Nightingale, no século XIX, já descrevia as vantagens de colocar os doentes a recuperar das cirurgias num pequeno quarto do hospital, numa área separada.

Portanto, a enfermagem de cuidados críticos foca-se em problemas que ameaçam a vida. Para Smith-Blair (2010), o enfermeiro é responsável por assegurar cuidados ótimos ao doente e família e que por isso deve possuir aptidões como juízo clínico e capacidades lógicas referentes à reflexão crítica e à tomada de decisões.

Por isso, esta foi uma preocupação de Correia (2012), que procurou responder à questão: como se desenvolve o processo de construção de competências no enfermeiro que cuida da pessoa em situação crítica, em contexto de uma unidade de cuidados intensivos polivalente, no seu trabalho de doutoramento. Esta autora explica ainda que a “competência no profissional não corresponde a um acumular de conhecimento ou habilidades (...), mas realiza-se nos contextos de ação, num processo em que sujeito e contexto se enriquecem mutuamente” (p. 173).

Perante esta crescente atenção em relação aos cuidados críticos e à enfermagem avançada, Rhodes et al. (2012) salientam a importância de que consequentemente ao aumento do número de camas de cuidados críticos, também deverá haver um aumento do número de profissionais de saúde qualificados.

Estes autores dizem ainda que a situação portuguesa está aquém da situação de grande parte dos países europeus, quanto ao número de camas de cuidados intensivos. Enquanto que, por exemplo, a Alemanha tem 29.2 camas por 100 mil habitantes, Portugal apenas tem 4.2 camas para o mesmo número de habitantes.

Deste modo, de forma a cumprir a unidade curricular Estágio II, Cuidados Intensivos, definida no plano de estudos deste mestrado, realizei esta prática clínica na UCI Polivalente do Hospital Nélcio Mendonça, unidade de nível III. Teve

lugar em julho de 2016, sob orientação de uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Esta unidade é constituída por 11 camas, em que 8 estão na unidade principal, em forma de U, com um isolamento, e 3 delas estão dispostas num outro espaço do mesmo hospital, isto é, numa sala no andar superior. Isto acontece porque foi necessário aumentar o número de camas, e nos espaços adjacentes à unidade principal não foi possível.

Este serviço dá resposta a todos os doentes críticos desta região, contando apenas com o auxílio, neste hospital, de uma UCI coronários e uma UCI cárdio-torácicos. Também é o serviço responsável pela emergência interna. Segundo dados deste serviço, contou com a entrada de 553 doentes no ano de 2016, numa média de 1,5 doentes por dia.

De salientar que este serviço recebeu a acreditação de qualidade de nível bom, em janeiro de 2017, pela ACSA internacional – *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*, da DGS.

A sua equipa é constituída por 10 médicos, 54 enfermeiros, num conjunto de 5 equipas, e 9 assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por 16 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, 5 especialistas em enfermagem de reabilitação, 1 em enfermagem de saúde mental e 1 em enfermagem de saúde comunitária. Como enfermeiro chefe, conta com um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Como UCI nível III, cumpre com o preconizado no Regulamento n.º 533/2014 de 2 de dezembro, como funcionar com equipa médica e de enfermagem próprias, disponibilizando de médico intensivista 24 horas por dia. Por ser polivalente, significa que assegura cuidados integrais aos doentes pelos quais é responsável, usufruindo dos meios de monitorização, diagnóstico e terapêutica para tal, tais como monitorização invasiva, por exemplo, Pressão Venosa Central (PVC), Pressão Arterial (PA) invasiva, cateter de PICCO (*Pulse Contour Cardiac Output*), PIC, além de hemodiálise, inclusivamente hemodiálise contínua, ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*), entre outros.

Outro aspecto importante é o rácio preconizado para uma UCI deste nível, o mesmo regulamento determina um rácio de um doente para um enfermeiro.

Passando agora ao relato da aquisição de competências, apenas pretendo salientar que, a elaboração do projeto de estágio foi importante para

garantir que alcançasse os meus objetivos e, consequentemente, as competências pretendidas. Este projeto foi validado pela enfermeira tutora de estágio e pela docente orientadora.

Então, o seu principal objetivo foi: prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa e família, a vivenciar processos complexos de situação crítica e ou falência orgânica. Decerto, com base nas competências específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, pois são estas as competências que pretendo incorporar com esta formação, e que me ampararão na minha futura prática especializada.

3.1. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista regulamentadas estão agrupadas em quatro domínios comuns, seja qual for a área de especialidade, como já descrito.

Decerto que, quando vou ao encontro de um estágio em cuidados intensivos, procuro um conjunto de competências clínicas especializadas, não só no doente crítico, mas também nas competências comuns do enfermeiro especialista. Estas competências focam domínios como a qualidade, a gestão, a liderança, orientação e aconselhamento de pares e a ética, sendo que todos eles promovem a melhoria dos cuidados de enfermagem e inevitavelmente, o principal beneficiário é o recetor dos mesmos.

Dito isto, e abordando a melhoria da qualidade, este estágio revelou ser dinamizador desta competência. Observei que, o ambiente de cuidados intensivos é promotor da mestria em qualidade. O que está em consonância com o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Despacho n.º 1400-A/2015. Deste plano, mais uma vez, identifico os seguintes aspectos, entre outros mais, como fulcrais neste serviço:

- Aumentar a segurança da comunicação;
- Prevenir a ocorrência de quedas;
- Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;

- Aumentar a segurança na utilização da medicação.

Em relação à segurança da comunicação, que se refere essencialmente à informação registada no processo clínico, e à informação transferida aquando da transição do doente, observei e compartilhei da preocupação existente nos profissionais deste serviço. Visto que efectuei registos do estado atual do doente, e das alterações que se sucediam ao longo do turno, além dos registos acerca dos cuidados prestados, de forma a garantir a continuidade desses cuidados, como por exemplo, os decúbitos do posicionamento, para que estes fossem alternados nos turnos seguintes, ou em relação à aspiração de secreções da via aérea, pelo tubo endotraqueal, de forma a evitar aspirações desnecessárias, ou a prever a necessidade de aspirações adicionais.

Na verdade, senti que o registo da evolução do doente é de suma importância, principalmente pelo facto de que, em 24 horas, podem acontecer uma infinidade de alterações, que não conseguimos assegurar a sua transmissão na passagem de turno. Aquando deste momento, procurei sintetizar toda a informação importante, como em relação às funções vitais, mas também em relação aos autocuidados e aos cuidados à família, como é comum pelos profissionais deste serviço. Por isso, só o registo assertivo, por parte dos diferentes profissionais, vai garantir a continuidade e qualidade dos cuidados.

Por isto, desenvolvi a unidade de competência otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, em consequência de ter melhorado o processo de cuidar, com a elaboração de diagnósticos, segundo a CIPE®, como por exemplo, em relação à prevenção da infeção (risco de infeção por cateter venoso central) ou aos autocuidados (dependência total para cuidar da higiene pessoal), e também pela implementação das respetivas ações e avaliação dos resultados, dando continuidade à informação transmitida,

Ao constatar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, levou-me a encontrar outros focos de atenção desta unidade, como as quedas e as úlceras por pressão, pois surgiam sempre nos diagnósticos de cada doente. Esta preocupação é também um dos focos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, já anteriormente descrito. Claro que identifiquei vários pormenores na prática, os quais também executei, que também revelavam o cuidado com a prevenção das quedas e das úlceras por pressão, tais como

manter as proteções laterais de segurança das camas elevadas, alternar os decúbitos, massajar a pele, entre outros.

Também praticam o hábito de notificar todos os eventos relativos a quedas e a úlceras por pressão, o que vai de encontro à indicação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, de assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes.

A segurança na utilização da medicação também foi um dos cuidados observados neste serviço. Além dos cuidados de administração de terapêutica, como a confirmação do medicamento, da dose, do doente, para prevenir o erro, há sempre uma atualização das orientações dos serviços farmacêuticos. Isto porque há a preocupação em seguir as indicações de diluição, dos antimicrobianos por exemplo, assim como a estabilidade do medicamento diluído e as medidas para prevenir a propagação bacteriana, o que foi também preocupação minha, validando os princípios para a segurança na administração da medicação, principalmente, nos medicamentos que não administro regularmente. Por isso, observei e implementei os princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas, o que nos conduz à competência criar e manter um ambiente terapêutico e seguro.

Fragata (2011) refere mais ainda que a “qualidade e segurança em saúde andam, assim, de mãos dadas, podendo dizer-se que mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos” (p. 19).

Sumarizando, e apesar de todo o cenário económico vivido, complemento com a opinião de Alves (2016), que salienta que a qualidade leva a ganhos de produtividade, melhoria da *performance* da equipa, aumento da organização de trabalho, previne óbitos e outros eventos adversos, e ainda também diminui o retrabalho, economiza tempo e outros recursos, diminui os riscos administrativos e jurídicos, e muito mais.

Por ora, o enfermeiro quando assume cargos de liderança gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional. Como refere Fragata (2011), o papel de liderança relaciona-se com a boa gestão das equipas, e leva ao desenvolvimento de uma cultura de segurança.

Como seria de esperar, notei estas habilidades no responsável de turno da equipa que acompanhei, tão como, no chefe de enfermagem do serviço.

Então, observei e questionei o enfermeiro responsável de turno da gestão do material/recursos e da organização da equipa. Colaborei na organização de recursos materiais, como na arrumação da medicação e de materiais na arrecadação, o que me fez entender a importância de detetar antecipadamente falta de luvas ou sondas de aspiração, ou mesmo medicamentos, por exemplo, para assegurar os cuidados aos doentes.

Compreendi também que é necessário conhecer a carga de trabalho de cada doente e as competências de cada enfermeiro, para uma adequada distribuição dos doentes por enfermeiro. Para determinar a carga de trabalho aplica-se a escala TISS-28 (*Therapeutic Intervention Scoring System*). Padilha et al. (2005) explicam que a TISS-28 resulta de uma adaptação, já de 1996, da escala TISS, originalmente de 1974, já atualizada em 1983, e o seu resultado reflete a carga de trabalho de enfermagem numa UCI.

Todavia, tendo estado na UCI numa fase de grande fluxo de doentes, observei que muitas vezes o rácio era de 2 doentes por enfermeiro. Constatei também que o responsável de turno tinha a especial atenção de atribuir os doentes segundo os cuidados que cada um exigia, conjugando com as competências de cada enfermeiro, que antemão conhecia. Mesmo assim, não observei que este rácio de 2 doentes por enfermeiro comprometesse o cuidado a cada doente, como previsto na Lei n.º 15/2014 de 21 de março, artigo 4º, relativamente aos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, que menciona que

1 - O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de saúde de que necessita.

2 - O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos.

Concluo então que aqui estão presentes os requisitos para otimizar o trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados, e adaptando o estilo de liderança adequado.

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, a componente ética da prática profissional passa por um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica (Regulamento n.º 122/2011).

Como tal, ao longo desta experiência nos cuidados intensivos, e perante o doente crítico, foi necessário ter bem assente os princípios do Código

Deontológico, e concomitantemente os princípios éticos como a autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Notoriamente, por encontrar nesta unidade o doente em condições de fragilidade, por alteração do estado de consciência e dificuldade em comunicar, fez realçar em mim princípios e valores, não só como enfermeira, mas como pessoa humana. Quando me comprometo a cuidar da pessoa sem qualquer discriminação, quando atribuo à vida da pessoa igual valor, quando me comprometo a respeitar a intimidade da pessoa ou mesmo o seu corpo após a morte, não só respeito o que o meu código deontológico obriga, mas também respeito valores máximos da dignidade humana, como humana que sou. Quando promovo a proteção dos direitos humanos, estou promovendo práticas de cuidados que também os respeitam.

Agradavelmente, reparei que nos processos de tomada de decisão, além da equipa multidisciplinar, as famílias estão envolvidas, muito mais do que eu imaginaria, até porque o doente muitas vezes não está capaz de comunicar a sua vontade. Posso considerar então que o consentimento informado está presente, na medida em que vi a família ser contactada, por exemplo, quando foi necessário que o doente fosse traqueostomizado.

Acrescento ainda que, ao estabelecer relações terapêuticas e multiprofissionais, perceciono cada vez mais as minhas idiossincrasias, como por exemplo, ao lidar com a reação emocional de um familiar, sinto-me mais preparada para lidar com as minhas próprias emoções e ações. Apesar do autoconhecimento se desenvolver ao longo da vida, sinto ter atingido uma elevada consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, como unidade de competência, a nível de especialista.

Por fim, quanto ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais, também posso referir que fui capaz de gerir respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional. Apesar de considerar adquirido algum treino em atuar eficazmente sob pressão, e de gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente, ao longo da minha profissão, surpreendentemente, ao lidar com situações de proximidade da morte, e com as emoções familiares, apercebemo-nos que há sempre algo a melhorar, e que é difícil não nos emocionarmos, ou melhor, é impossível. Porém é positivo que, ao atuar numa situação de emergência, cada vez mais, consigo manter a calma de agir e

raciocinar. Creio que, a aquisição de conhecimentos e saberes vai-nos permitir revelar uma atuação segura e confiante.

Portanto, naturalmente, baseei a minha *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Como já é habitual, recorri à pesquisa usando tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. Como exemplo disto, pesquisei informação sobre modos ventilatórios, entre outros.

De forma a favorecer a minha aprendizagem, e como exige o plano de estudos para esta unidade curricular, elaborei um estudo caso, de um doente acometido de choque séptico, o qual foi apresentado e discutido com docente orientadora e colegas de mestrado. O facto de o expor foi compensador, porque debater outros pontos de vista, também enriquece a aprendizagem através de diferentes meios. Estas discussões são sempre produtivas, porque confrontamos experiências que nos vão auxiliar em futuras situações da prática.

Como afirmam Pearson e Craig (2003), a prática baseada na evidência é não só fazer as coisas de uma forma mais eficaz, mas sim garantir que o que é feito, é feito bem.

Alcançado este nível de competências, parto agora para o campo das competências específicas.

3.2. Desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

Relembrando que as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica focam um perfil de competências da área do cuidar e do risco de infeção, no Regulamento n.º 124/2011, a OE preconiza que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total.

Benner, Kyriakidis e Stannard (2011) concordam referindo que a enfermagem de cuidados críticos e agudos é intelectualmente e emocionalmente desafiadora. Exige decisões rápidas e respostas a condições de risco de vida com uma margem de erro muito pequena.

Por isso, decididamente, este contexto da prática permitiu o desenvolver de habilidades imprescindíveis para a prestação de cuidados que a OE preconiza.

Foi evidente que, os conhecimentos e habilidades que adquiri com a minha experiência no cuidado a doentes de cuidados intensivos, no SU, foram mobilizados. Contudo, fez-me sentir que há sempre mais para aprender, nomeadamente com os colegas mais experientes nesta área. Como confirma Benner (2001), o perito que tem uma enorme experiência, compreende cada situação de forma intuitiva, gerindo situações complexas de uma forma notável. Então, foi com os colegas que se situam neste nível de competências, que absorvi todas as práticas e saberes. Como tal, ainda Benner (2001) acrescenta que estes enfermeiros são facilmente reconhecidos pelos colegas, pois são consultados pelos mesmos.

À primeira vista, deparei-me realmente com doentes críticos, mas num ambiente com condições físicas e materiais favoráveis, com o qual não me tinha deparado antes, desde ao espaço livre na unidade do doente, onde se pode circular, à disponibilidade de recursos materiais, como camas específicas de cuidados intensivos, e materiais adequados para a realização das técnicas de enfermagem. Também de destacar a disponibilidade de cada enfermeiro para cada doente, o que assim o exige, graças às situações complexas e à resposta imediata que os doentes críticos demandam. Neste modo, consegui confrontar-me com cuidados específicos e especializados, que realmente num SU não poderia perceber, o que foi impulsionador da minha aprendizagem.

Portanto, o desenvolvimento de competências foi constante e alucinante. As experiências foram muitas e enriquecedoras, o que foi determinante para concretizar os meus objetivos. Tive oportunidade de prestar cuidados a doentes de várias patologias, como neurocrítico por traumatismo crânio encefálico, por tumor cerebral, *status* pós-Paragem CardioRespiratória (PCR), por doença coronária, tétano, choque séptico, intoxicados, politraumatizados, insuficiência respiratória, pós cirúrgico por neoplasia cólon, entre outros.

Ao longo da minha permanência na UCI foi possível colaborar na admissão de vários doentes, todos em estado crítico e até mesmo em falência orgânica. Desta forma, demonstrei ser capaz de identificar focos de instabilidade, respondendo de forma pronta e antecipatória, em muitos momentos, como por exemplo, ter identificado uma hipotensão ou anúria, num doente em choque

séptico, respondendo com a gestão da perfusão de noradrenalina, ou ter identificado uma situação de taquicardia ventricular, que evoluiu para fibrilhação ventricular, o que permitiu instituir manobras de SAV precocemente.

Executei cuidados técnicos de alta complexidade como cuidados a doentes com ventilação invasiva, com monitorização da PA invasiva, da PVC, da PIC, da capnografia, monitorização ECG e drenagem torácica ativa e passiva, com perfusão de drogas vasoativas, sedoanalgesia, alimentação entérica e parentérica, e muitos outros. Todas estas técnicas permitiram que aperfeiçoasse os cuidados especializados, por ter treinado técnicas complexas que o cuidado ao doente crítico acarreta.

Como exemplo disso, temos a complexidade da ventilação invasiva, que vai desde o olhar para o doente, em primeiro lugar, mas também o ventilador. Pude realmente avaliar e interpretar a dinâmica respiratória do doente, ter atenção aos cuidados que o doente com tubo orotraqueal requer, mas também identificar e resolver problemas que o ventilador e circuito respiratório podem apresentar.

Isto confirma-se pelo estudo de Melo et al. (2014), no qual observou que o doente submetido a ventilação invasiva necessita de assistência qualificada. Assim os enfermeiros necessitam de fundamentação técnico-científica, para desempenhar as suas funções de forma satisfatória, contribuindo para a melhoria clínica do utente.

Outro exemplo será a monitorização hemodinâmica. Desta forma, fui capaz de desenvolver apetências nos cuidados inerentes ao cateter venoso central e ao cateter arterial. Desde a preparação do material para a colocação dos dispositivos, aos cuidados diários para o seu funcionamento e prevenção da infeção, como também a interpretação dos valores mensurados como a PVC e PA invasiva, fizeram-me ganhar maior destreza em termos de execução e raciocínio.

Venturi et al. (2016) confirmam que o enfermeiro tem um papel fundamental na monitorização hemodinâmica, pois a partir da interpretação e análise dos dados obtidos, vai aperfeiçoar a assistência prestada.

Dado o facto de todos os doentes serem críticos, naturalmente as situações de reanimação cardiorrespiratória estiveram presentes. O trabalho em equipa foi notório, pois tinha bem presente o algoritmo do SAV. Pelo facto de conhecer o carro de emergência, que é semelhante em toda a instituição, pude

antecipar a minha atuação, como por exemplo, preparando a droga usada neste algoritmo, a adrenalina, enquanto outro colega fazia compressões torácicas, e outro já informava o médico intensivista, visto que a via aérea já estava assegurada anteriormente. Foi então possível aperfeiçoar as minhas competências em SAV, no qual demonstrei já possuir conhecimentos e habilidades.

Esta ampliação de experiências, e em consequência de habilidades, permitiu que a competência presta cuidados à pessoa em situação emergente na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica fosse aprimorada.

Quanto a unidade de competência gere a administração de protocolos terapêuticos complexos, pode-se dizer que o serviço de Medicina Intensiva é rico nestes protocolos. O que foi um aspecto facilitador para o alcance desta competência.

Desta forma, pude aplicar os seguintes protocolos: noradrenalina, insulina, nutrição entérica, potássio sérico, perfusão de vancomicina, monitorização de PIC, monitorização da PA invasiva, da PVC, da aspiração de secreções em circuito fechado e por fim a hipotermia terapêutica pós-PCR.

Pôr em prática estes protocolos, como por exemplo o da noradrenalina, que exige uma resposta imediata, porque muitas vezes a descida da PA média é abrupta e a minha destreza em alterar a perfusão de noradrenalina tem de ser igualmente célere, fez com que fortalecesse habilidades como observação, análise crítica, tomada de decisão, e muitas vezes também a minha maturidade profissional. Dou destaque à tomada de decisão, referindo o estudo de Camelo (2012), o qual menciona que esta é uma das competências do enfermeiro de cuidados intensivos, e ainda que as

habilidades para a tomada de decisão compõem-se do pensamento crítico sobre as situações com base em análise e julgamento das perspectivas de cada proposta de ação e de seus desdobramentos. O raciocínio lógico e intuitivo e a avaliação permeiam esse processo (p. 5).

Por outro lado, tive oportunidade de aplicar o protocolo da hipotermia terapêutica pós-PCR, e em retrospectiva, pude fazer uma comparação, pois já apliquei este protocolo no SU. Deste modo, mais uma vez as condições de trabalho apresentaram relevância. Pude assimilar este protocolo, cumprindo todas as etapas e compreendendo as minhas intervenções, isto porque, o facto de a temperatura estar a ser avaliada continuamente, torna-se necessário para atingir

as temperaturas indicadas no protocolo em segurança, situação da qual não usufrui no SU.

Entre outros protocolos experienciados, diagnostiquei complicações, monitorizei e avaliei a adequação das respostas às mesmas, o que possibilitou desenvoltura na natureza dos protocolos terapêuticos complexos.

Outra índole positiva nesta prática clínica foi o facto de o bem-estar do doente ser motivo de genuína preocupação da Medicina Intensiva, evidenciado pela presença de analgesia na maioria dos doentes, frequentemente por perfusão endovenosa contínua. Ferreira et al. (2014) concordam que a “detecção, quantificação e tratamento da dor em doente crítico é, à longa data, uma preocupação dos clínicos que trabalham em Unidades de Cuidados Intensivos” (p. 17).

Adjacente ao facto de a sedação ser frequente, está a inquietação do doente não conseguir comunicar a dor, sendo o enfermeiro, pela sua proximidade, o principal interprete dos sinais fisiológicos e emocionais de mal-estar, tais como a taquicardia, a expressão facial e tensão muscular.

Antemão, procurei conhecer quais as escalas utilizadas para avaliar a dor. Detetei que têm um quadro portátil, que pode ser levado até junto do doente, onde tem a escala numérica e visual analógica da dor. Também tem uma imagem corporal, anterior e posterior, para que o doente possa localizar a dor, e a sua intensidade, apenas apontando com o dedo. Nas situações em que o doente está entubado, com ventilação mecânica e incapazes de se autoavaliarem, é utilizada a BPS-IP (*Behavioral Pain Scale – Intubated Patient*) (Batalha, Figueiredo, Marques & Bizarro, 2013).

Então, os autores Ferreira et al. (2014) referem que a BPS é uma das escalas válidas “(...) para aplicação em doentes críticos incapazes de autoavaliação e nos quais as funções motoras estão intactas” (p.19).

Também Teixeira e Durão (2016) explicam no seu estudo sobre a monitorização da dor na pessoa em situação crítica, que esta escala é a mais utilizada, devendo ser aplicada a doentes ventilados.

Clarificando, a BPS-IP avalia a expressão facial, o tónus muscular dos membros superiores e a adaptação ao ventilador, o que mais uma vez exige do enfermeiro o reconhecimento dos sinais fisiológicos de dor.

Quanto à gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, foi certamente uma prática muito presente, pois pude gerir as perfusões analgésicas prescritas, bem como os analgésicos prescritos para administrar se necessário. Estas ações partiram sempre da minha avaliação do doente, e da minha decisão em administrá-los. Demonstrei também conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas. Estive sempre atenta ao conforto do doente, como ao seu posicionamento no leito, e a disposição dos dispositivos médicos em seu redor. Como explicam Ferreira et al. (2014), citando Vilela e Ferreira, o tratamento da dor vai além de terapêuticas farmacológicas, como por exemplo evitar estímulos potencialmente dolorosos, como o posicionamento adequado, correta colocação do tubo endotraqueal e estabilização de fracturas. Até porque, muitas vezes são nas intervenções não farmacológicas, como aliviar a pressão de um dispositivo médico, que se percebe um alívio imediato da dor, simplesmente pela expressão facial do doente.

Os momentos que vivenciei no desenvolvimento da unidade de competência: faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas, foram muitos e compensadores, pois foram vividos em todos os doentes a meu cuidado.

O internamento numa UCI é certamente vivido, tanto para o doente, e essencialmente para a família como um momento de dor e preocupação. Pela minha experiência no SU, só o facto de se pronunciar as palavras cuidados intensivos, dá origem a uma expressão de terror, que é verbalizada pela pergunta: então ele está pior?

Portanto, Sá, Botelho e Henriques (2015) acrescentam que nos serviços com pessoas em situação crítica, “(...) a presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, (...) no doente e família (...)” (p. 32).

Então, em muitos momentos acompanhei os familiares na visita aos doentes. Sabemos que a família valoriza atos muito simples, por parte dos profissionais de saúde, tais como a presença, um simples diálogo e o interesse pelo doente. De acordo está o estudo de González, Sánchez e Morales (2016), que menciona que um dos itens valorizados pela família é a amabilidade dos profissionais com o doente e os acompanhantes.

De destacar que tive ocasião de colaborar na transmissão de más notícias, juntamente com a enfermeira orientadora, numa situação de choque

séptico refratário, num doente ainda jovem (cerca de 50 anos), portanto com a morte previsível para as próximas horas. O que mais destaque é que se trata de uma situação muito emotiva, mesmo para nós profissionais de saúde, mesmo depois de já ter vivido eventos semelhantes, profissionalmente.

Aplicar uma das técnicas de comunicação descritas na literatura, o protocolo de Buckman, garantiu a confiança e segurança de estar a fazer o correto, pois, como refere Plácido (2014), a comunicação de más notícias é uma das áreas mais difíceis e complexas no contexto das relações interpessoais. Este autor esclarece ainda que o protocolo de Buckman “(...) revela-se uma possibilidade concreta para promover a capacitação do profissional nesta dimensão relacional e humana, contribuindo assim para uma prestação de cuidados com qualidade crescente” (p. 54).

Percebi que, apesar de nos orientarmos pelo protocolo de Buckman, por exemplo, na direção a seguir, é relevante que, perante cada pessoa, família e situação, nos deixemos guiar pela nossa sensibilidade e compaixão, de forma a lidar com as emoções que possam surgir. Desta forma, demonstrei conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo e conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação.

Outro objetivo que me propus a desenvolver nesta prática clínica foi otimizar competências no transporte do doente crítico.

Nesse caso, colaborei no transporte de doentes em estado crítico, nomeadamente para o bloco operatório, como por exemplo, um doente em falência orgânica, por sépsis, para controlo de foco infeccioso (infecção de cateter duplo J colocado no ureter), e também para a Imagiologia, de um doente neurocrítico, para Tomografia Axial Computadorizada (TAC) crâneo-encefálica de controlo.

Para isto, é necessário estarmos cientes que, como elucida a Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (2008), no manual de recomendações para o transporte do doente crítico, o “período de transporte pode traduzir-se por grande instabilidade para o doente, podendo agravar o seu estado clínico e originar complicações que devem ser antecipadas” (p. 13).

Explica ainda que há 3 fases a considerar: a decisão, o planeamento e a efetivação. Na realidade, consegui identificar as 3 etapas, participando ativamente nas mesmas. A decisão, que passa pelo médico intensivista, o planeamento,

desde a preparação de materiais e equipamentos, prevendo a possibilidade de complicações no transporte, sem esquecer o pormenor de verificar se o serviço recetor está pronto para receber o doente, e por fim a efetivação do transporte, não esquecendo a manutenção da monitorização e terapêutica necessárias. Desta forma, pude apurar a importância de todas as etapas para a segurança do doente. Asseguro então que de mais uma forma, sinto que desenvolvi e aperfeiçoei a competência cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica.

Por fim, relativamente à resposta eficaz na prevenção e controlo de infeção, apesar de todos os conhecimentos nesta área, houve pormenores que pude realmente otimizar, pelo simples facto de fazê-los mais vezes, garantindo treino e interiorização de saberes. Também, porque foi importante solidificar as mais recentes atualizações em relação às normas do PPCIRA, nomeadamente do programa Stop Infeção, já descrito no capítulo anterior.

Nesta perspetiva, pude pôr em prática os feixes de intervenção quanto à prevenção da infeção relacionada com o cateter vesical, à prevenção da infeção relacionada com o cateter venoso central e à prevenção da pneumonia associada à intubação. Como exemplo, em relação a este último, avaliando diariamente a necessidade de sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento, e de intubação endotraqueal, mantendo a cabeceira do leito a 30° ou superior, realizando higiene oral com gluconato de clorhexidina a 0,2% pelo menos uma vez por turno, substituindo circuitos ventilatórios apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes e mantendo a pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20 e 30 cmH₂O, e naturalmente documentando todos os procedimentos no processo clínico.

Acrescento mais que, prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos é também um dos objetivos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, o qual já explorei no capítulo anterior.

Neste sentido, afirmo que demonstrei conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar, cumprindo os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo da infeção. Apercebi-me que as indicações para prevenção da infeção são cumpridas minuciosamente, o que me fez assimilar todos os procedimentos e consolidar, muito mais, a verdadeira importância para o doente, a curto prazo.

Senti ainda que, cada enfermeiro é um verdadeiro promotor na recuperação do doente crítico, muito pelo seu cuidado de excelência.

Outro facto que me fez fortalecer esta aprendizagem foi ter colaborado nas auditorias do programa Stop Infecção, pois a enfermeira que acompanhei neste estágio era responsável por auditar o cumprimento dos feixes de intervenção, neste serviço. Assim posso dizer também que monitorizei, registei e avaliei medidas de prevenção e controlo implementadas, tais como o registo, em processo clínico, da necessidade do cateter venoso central, e também pela observação do comportamento dos colegas, na lavagem das mãos, na descontaminação das conexões do cateter venoso central com antisséptico predeterminado, na execução do penso, entre outros.

Em suma, esta prática clínica foi o consolidar de competências assimiladas ao longo da minha vida profissional, ainda mais com novos conhecimentos teóricos e práticos. O observar, analisar, executar e reavaliar desenvolveu capacidades reflexivas, que servirão sempre a minha prática como enfermeira especialista, visto que terei de ser exemplo como impulsionadora de cuidados de excelência ao doente crítico.

Nesta fase, as competências como enfermeira especialista em pessoa em situação crítica estão a caminho da sua plenitude.

Por fim, dou destaque ao estágio de opção, onde pretendi chegar ao topo das competências, na área de opção que escolhi de coração.

CAPÍTULO IV – CUIDADOS ESPECIALIZADOS À PESSOA COM DOENÇA CORONÁRIA

O meu interesse por aprimorar os cuidados ao doente coronário surgiu desde muito cedo na minha prática profissional no SU. Também porque verifiquei que, num SU, o contacto com estes doentes é diário, o que nos conduz à perspetiva da DGS (2016), que aponta as doenças do aparelho circulatório como a principal causa de morte em Portugal, no ano de 2015, semelhante a anos anteriores.

Esclarecendo esta problemática, refiro a DGS (2016), a qual salienta, no que concerne a doença cardíaca isquémica, que 10 315 potenciais anos de vida foram perdidos pelas pessoas do sexo masculino e 2 393 pelas do sexo feminino, no ano de 2013. Em relação a 2014, destaca 1 087 óbitos por Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) em Portugal Continental. Facilmente se constata o grande impacto desta problemática, em cada indivíduo, em cada família e em toda a sociedade.

É vital clarificar o que é a doença coronária. Para Haugh (2010), doença das artérias coronárias é uma designação que envolve um conjunto de doenças, sendo que o ponto comum é a obstrução de fluxo sanguíneo através das artérias coronárias, sendo o mais frequente a aterosclerose, o vasospasmo e a angina microvascular.

A aterosclerose é definida por Kim, Kini e Fuster (2014), como o principal mecanismo subjacente à doença arterial coronária. Trata-se de uma doença sistémica, que envolve a íntima das artérias incluindo a aorta, as carótidas, as coronárias e os sistemas arteriais periféricos.

Deste modo, estamos a falar de um espectro de eventos isquémicos miocárdicos que vão desde à angina instável, ao enfarte do miocárdio com ou sem supradesnivelamento do segmento ST. A angina instável acontece quando há um trombo não oclusivo, sem evidência de necrose miocárdica. No EAM há isquémia do mesmo, podendo haver tradução ECG.

Estas situações compartilham o mecanismo fisiopatológico, ou seja, a rutura da placa aterosclerótica, formação de trombos e subsequentes graus de cessação do fluxo sanguíneo.

Caracteristicamente, os doentes manifestam desconforto precordial ou retroesternal, que descrevem como sensação de pressão, esmagamento, dor ou queimadura. Também podem referir irradiação para o pescoço, costas ou braços.

Em alguns casos associados a náuseas, vômitos, sudorese e medo de morte iminente. Contudo, 20% dos EAM são assintomáticos.

Para o tratamento destes doentes é fundamental que, além do exame objetivo, se obtenham informações indispensáveis para a confirmação do diagnóstico pelo ECG e pela determinação dos valores laboratoriais da troponina, mioglobina e da CK-MB (creatina-quinase MB) (Kim, Kini & Fuster, 2014).

Nas últimas décadas, a VV Coronária ganhou grande destaque, pelo que tem tido um papel fundamental no encurtamento do tempo desde o início dos sintomas até o tratamento definitivo. Isto pelo facto de que, a associação entre a duração da isquémia miocárdica e o prognóstico no contexto EAM está claramente estabelecida e é, atualmente, uma prioridade a obtenção da perfusão miocárdica no mais curto intervalo de tempo possível. Conforme Sousa et al. (2012) referem,

segundo as recomendações atuais para o tratamento do enfarte agudo do miocárdio com supra-desnivelamento do segmento ST a intervenção coronária percutânea deve ser efetuada dentro de 90 min após o primeiro contacto médico e o tempo total de isquémia não deve exceder os 120 min (p. 641).

Também as recomendações da *American Heart Association* (Guimarães, 2015) vêm confirmar que a angiografia coronária de emergência é recomendada a todos os pacientes que apresentem supradesnivelamento do segmento ST e para pacientes hemodinâmica ou eletricamente instáveis sem supradesnivelamento do segmento ST, para os quais haja suspeita de lesão cardiovascular.

Todavia, apesar de se ressaltar a importância desta VV, a DGS (2016) expõe que, dos doentes internados numa unidade coronária, em 2014, apenas 33% entraram pela via verde coronária, sendo que 2 641 foram submetidos a angioplastia primária em <12h, com um aumento percentual de 28,70 % em relação a 2010. Daqui, a DGS (2016) conclui que o aumento do número de admissões através da VV Coronária tem sido lento e não proporcional ao incremento, mais rápido, da utilização da angioplastia primária como terapêutica de reperfusão preferencial no EAM.

Em suma, a criação da VV Coronária pretende a identificação e abordagem diferenciada do doente, tendo o enfermeiro do SU, que estabelece o primeiro contacto com o doente com suspeita de EAM, uma responsabilidade acrescida.

Exige-se então do enfermeiro uma atuação rápida e eficiente. É necessário que o enfermeiro otimize competências, especializando-se e fazendo desta atuação uma abordagem fundamentada em conhecimentos científicos, desde a avaliação inicial à monitorização deste doente crítico, com o objetivo de agilizar todo o processo. Como vem afirmar a OE, no Regulamento n.º 122/2011, o enfermeiro especialista é aquele

com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Neste seguimento, surgiu a oportunidade de fazer o estágio na Unidade de Cardiologia do Hospital S. João (HSJ), na cidade do Porto. Este estágio decorreu no período de 27 de setembro a 30 de outubro de 2016.

Portanto, considerei pertinente descrever o local onde este estágio se desenvolveu, de forma a contextualizar o desenvolvimento de competências.

O HSJ localiza-se na cidade do Porto. Presta assistência à população das freguesias do Bonfim, Paranhos, Campanhã e Aldoar, dentro do concelho do Porto, bem como aos concelhos da Maia e Valongo. É igualmente centro de referência para os distritos do Porto (com exceção dos concelhos de Baião, Amarante e Marco de Canaveses), Braga e Viana do Castelo.

A unidade de cardiologia está localizada no 6º e 7º pisos do HSJ. Tem como enfermeira chefe, uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Esta unidade está subdividida em unidade de intermédios da cardiologia, unidade de intensivos de cardiologia e unidade de cardiologia invasiva. Fisicamente a unidade de intermédios e intensivos estão lado a lado.

A unidade de intermédios é constituída por 22 camas, distribuídas em 10 enfermarias, sendo dois isolamentos, 4 enfermarias de duas camas e 4 enfermarias de três camas. De salientar que, duas das enfermarias de 3 camas, as mais próximas da unidade de intensivos, são utilizadas para os internamentos após realização de procedimentos na unidade de cardiologia invasiva e que, normalmente, são de cerca de 24 horas.

Todos os doentes estão com monitorização ECG, por telemetria e a sua visualização é possível apenas na sala de trabalho de enfermagem.

No total, a unidade de intermédios conta com 21 enfermeiros, sendo que no turno da manhã são 5 enfermeiros, num rácio de 5 doentes por cada enfermeiro. No turno da tarde são 4 enfermeiros e no turno da noite 3 enfermeiros. Pude realmente verificar, que na unidade de intermédios existe um enfermeiro especialista de reabilitação, que está presente nas manhãs e uma enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, a minha tutora de estágio. Existem também enfermeiros especialistas em pediatria, obstetrícia e saúde comunitária.

Em relação à integração de novos enfermeiros, nesta unidade, esta decorre por um período de um mês.

A unidade de intensivos cardíacos é essencialmente uma grande sala, com 8 camas, dispostas em U, em que uma delas, a n.º 4, está em isolamento físico, mas mantendo-se na mesma inserida no U.

Todas as unidades dispõem de equipamentos para monitorização dos doentes críticos. As mesmas estão individualizadas, permitindo a privacidade de cada doente, com cortinas.

A equipa de enfermagem é constituída por um conjunto de 18 enfermeiros, cumprindo o nível de 3 enfermeiros por cada turno. O rácio de doentes é de 3 doentes por cada enfermeiro, sendo que o enfermeiro responsável de turno fica responsável por 2 doentes.

Nesta unidade, no momento, não havia qualquer enfermeiro com especialidade, no entanto, verifiquei que dois deles são estudantes da especialidade Médico-cirúrgica.

O período de integração de novos enfermeiros, nesta unidade, é de um mês.

O serviço da Cardiologia Invasiva, usualmente conhecido por Hemodinâmica, é constituído por 4 salas, estando duas no 6º piso e outras duas no 7º, havendo uma ligação entre ambas as partes, por escadas internas, sem sair do serviço. Adjacente a cada par de salas existe um recobro, ou seja, dois no total, espaço onde o doente aguarda antes e depois das intervenções.

Este serviço tem uma equipa de enfermagem própria, visto que a integração no mesmo é de 6 meses. É constituída por 14 enfermeiros, que fazem turnos manhã ou tarde, funcionando das 8h às 20h. Esta equipa tem um enfermeiro responsável, que é especialista em enfermagem Médico-cirúrgica.

Em relação à equipa de Cardiologia de Intervenção de prevenção, fora do período de funcionamento, estão sempre 2 enfermeiros e um médico de prevenção, que são chamados quando há doentes provenientes do serviço de urgência ou de outros hospitais.

O serviço de Cardiologia Invasiva, ou Cardiologia de Intervenção Estrutural, é um dos centros de referência deste hospital. Conforme descrito em Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, artigo 2º, Centro de Referência

é qualquer serviço, departamento ou unidade de saúde, reconhecido como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência, devido à baixa prevalência da doença, à complexidade no seu diagnóstico ou tratamento e/ou aos custos elevados da mesma, sendo capaz de conduzir formação pós-graduada e investigação científica nas respetivas áreas médicas.

A intervenção em cardiopatia estrutural deste hospital é de longa data, com início em 1978. A intervenção coronária teve início em 1988, sendo que atualmente realiza praticamente todos os procedimentos de intervenção em cardiopatia estrutural. Segundo informação disponível no *site* do HSJ, este serviço realiza mais de 2500 cateterismos diagnósticos, cerca de 1000 procedimentos de intervenção e mais de 200 angioplastias primárias por ano.

Com o intuito de garantir o sucesso na aquisição de competências, delineei um projeto de autoformação para este estágio, antecipadamente, através do qual autopropus objetivos a cumprir, os quais foram discutidos com a enfermeira tutora e docente orientadora de estágio.

Logo, defini como objetivo geral, desenvolver competências especializadas, no cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de situação crítica e ou falência orgânica: doença coronária. Este objetivo teve como base as competências exigidas ao enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, delineadas pela OE, no Regulamento n.º 124/2011: “Cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”.

Para concluir este processo de aquisição de competências, passo a precisar, de seguida, o desenrolar do mesmo, no contexto do doente coronário.

4.1. Desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista

Recordo que as competências comuns do enfermeiro especialista são idênticas, seja em que área de especialidade se encontre a exercer.

Contudo, um enfermeiro especialista é aquele que possui uma responsabilidade acrescida, visto ser detentor de competências especializadas, as quais serão reflexo para os pares. Deste modo, a realização deste estágio foi mais um desafio a superar, sendo a descrição das habilidades desenvolvidas uma forma de analisá-las e um estímulo para interiorizá-las.

Assim, o meu primeiro contacto com o serviço relacionou-se com o domínio da gestão, através de uma reunião com a enfermeira chefe, a qual me descreveu o serviço e durante a qual já coloquei algumas questões. A enfermeira chefe logo salientou a importância do enfermeiro especialista na equipa como gestor de cuidados, otimizando a resposta da equipa. Imediatamente, pude experienciar situações problemáticas em que a enfermeira teve de utilizar as suas competências na tomada de decisão no processo de cuidados, na supervisão dos cuidados prestados e, sobretudo, verifiquei que adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações.

Compreendi como é feita a distribuição dos enfermeiros por turno, em cada unidade, como por exemplo, na unidade de intermédios cada enfermeiro fica com 5 doentes, enquanto que nos cuidados intensivos são-lhe atribuídos 2 ou 3 doentes. Assim, fiquei com a perspetiva do rácio de doentes por enfermeiro. Sabemos que as dotações seguras são uma garantia de qualidade dos cuidados, sendo que a OE, no Regulamento n.º 533/2014, evidencia que “a dotação adequada de enfermeiros e o nível de qualificação e competência dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde (...)”.

Por isso, de encontro às orientações agora citadas, a distribuição dos doentes e dos postos de trabalho feita pela enfermeira chefe ou enfermeiros responsáveis de turno, tem em conta as características dos doentes ou dos postos de trabalho, como também as características dos enfermeiros, como a experiência e as competências desenvolvidas.

Portanto, neste aspecto, colaborei mais diretamente com o enfermeiro especialista responsável pela cardiologia invasiva, na gestão de cuidados, que inclui recursos humanos e materiais e até mesmo na gestão de emoções, como o próprio referiu, pois lida com pessoas. Como exemplo, no início do turno habitualmente verificávamos os níveis de materiais e medicação e preenchíamos as requisições necessárias.

Constatei que o enfermeiro deve ser dotado de habilidades humanas e interpessoais, por certo, como explica Tappen (2005), um líder eficiente possui autoconhecimento, adquire conhecimentos, comunica de forma clara e eficaz, estabelece metas e atua objetivamente. Já Correia, Ribeiro e Martins (2011) vêm acrescentar que o desenvolvimento de práticas de liderança é essencial para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados e das condições de trabalho.

Deste modo, pude observar e analisar a importância do enfermeiro responsável de turno e do enfermeiro chefe na gestão do serviço. A gestão de recursos materiais, de equipamentos e humanos garante o bom funcionamento do serviço e a segurança dos cuidados, beneficiando acima de tudo os doentes.

Aquando da prestação de cuidados, tive sempre em vista, também, a gestão dos mesmos. Planeei os cuidados no início do turno, de forma a priorizar, por exemplo, os doentes que tinham procedimentos para esse dia e que teriam de se ausentar da enfermaria. Igualmente, apercebi-me que a gestão dos cuidados passa também por gerir o uso de equipamentos, que poderiam ter de ser usados por outros colegas, ou por exemplo, de gerir procedimentos, tendo em atenção o bem-estar do doente e as suas preferências. Portanto, otimizei o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, utilizando os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.

De acordo está o Regulamento n.º 361/2015 de 26 de junho, relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica, que indica a organização dos cuidados especializados como um factor para a excelência no exercício profissional, através da máxima eficácia na organização dos mesmos.

Assim, no domínio da melhoria da qualidade, em primeiro lugar, promovi um ambiente gerador de segurança e proteção, respeitando a individualidade e necessidades de cada doente, envolvendo a família.

Isto quer dizer que, em relação à prevenção de quedas e úlceras por pressão, é sempre necessário atender ao que cada doente demanda. A escala de Braden, por exemplo, é aplicada em todos os doentes internados mas, na realidade, os doentes dependentes eram habitualmente poucos, pelo que este problema era pouco frequente neste serviço. Uma medida tomada quanto à prevenção de quedas é a prática de ao se identificar os doentes, na pulseira se coloque uma cor, de acordo com o risco de queda atribuído na aplicação da escala de Morse, o que alerta toda a equipa para o risco de todos os doentes internados. Então, nas admissões que efectuei, executei esta prática, sendo um foco de atenção nos meus cuidados.

Ao desenvolver a competência criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, estou a cumprir com as orientações do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este plano, que já referi nos capítulos anteriores, toca aspectos como as quedas e úlceras de pressão, como expliquei no parágrafo anterior ser uma das minhas preocupações, mas também ressalva a importância da comunicação, nomeadamente entre os profissionais, quanto à informação relativa ao doente.

Neste ponto, tive em consideração a metodologia do processo de enfermagem. A informação registada e transferida verbalmente é essencial para a continuidade dos cuidados. Nesta prática, por exemplo, nas passagens de turno e até em transferências de serviço tive em atenção comunicar toda a informação pertinente, como por exemplo, aquando da transferência de doentes para o bloco operatório e entre as unidades de cardiologia e a hemodinâmica. Também tive a experiência de trabalhar em conjunto com a equipa que este hospital disponibiliza para gerir as altas, para um doente com dependências nos autocuidados, para que fosse apoiado no domicílio e de forma a que recebesse os recursos comunitários adequados e disponíveis na sua área de residência.

É importante também referir que a continuidade dos cuidados é assegurada, como constatei, se a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) for aplicada, o que “fornece uma linguagem comum para que os enfermeiros possam descrever o que observam e registar o que fazem” (CIPE, 2014, p. 13) e se entenderem sobre os focos de atenção que devem privilegiar e as intervenções que devem implementar.

Perante isto, consultei, identifiquei e adequiei o plano de cuidados, intervindo e melhorando a informação do processo do cuidar. Com o objetivo de conhecer a tipologia de doentes, de cuidados e cada doente ao meu cuidado em particular, foi fundamental conhecer os diagnósticos de enfermagem mais frequentes. Por isso, levantei diagnósticos nas admissões dos doentes e alterei-os sempre que necessário.

Constatei que estes estavam relacionados com os procedimentos invasivos, com as possíveis complicações e com a dependência inerente ao processo de doença. Estes foram, por exemplo, ferida atual, vigilância de perdas hemáticas, risco de infeção, risco de úlcera de pressão, risco de queda e autocuidado comprometido.

Será também imprescindível referenciar que, na base da minha atuação está e sempre esteve, o respeito pela pessoa humana, nomeadamente o respeito pelos direitos contemplados, na Lei n.º 15/2014 de 21 de março, referente aos Direitos e Deveres do Utente dos Serviços de Saúde. Então tive sempre atenção e respeito às necessidades e preferências do doente, à sua privacidade, ao seu direito à informação e sigilo. Por isso, procurei oferecer o melhor dos meus conhecimentos e quando, por exemplo, o doente questionava acerca da cirurgia ou de algum procedimento, como e onde é que seria feito ou em que serviço ficaria após, procurei esclarecer-me com a enfermeira orientadora ou direccionava-o a questionar diretamente, visto que este hospital era desconhecido para mim. Tive sempre o cuidado de confirmar depois, se o doente ainda teria alguma dúvida, de forma a assegurar que recebia o apoio necessário.

Logo, prezo dizer que fortaleci a competência de promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Realizar uma prática clínica, num contexto diferente do meu contexto profissional, seja noutro hospital ou noutra região, oferece uma série de desafios, que devem ser encarados como fortalecedores e dinamizadores de novas perspetivas. Foi para mim possível desfrutar de novas realidades, conhecer outras práticas e dificuldades, sejam diferentes ou semelhantes às nossas e assim, desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade. Por exemplo, aperceber-me que os colegas também passam por cargas de trabalho excessivas e horas extraordinárias, entre outras dificuldades, mas também verificar que em alguns aspectos dispõem de melhores condições de trabalho, como material disponível e

adequado, fez com a consciência quanto à minha profissão se desenvolvesse, a partir de outros pontos de vista, o que também tem reflexo nas minhas perspetivas individuais.

Por outro lado, ao me propor um estágio numa realidade populacional diferente da minha região, procurei elevar os meus padrões de conhecimento de forma a consolidar a práxis clínica, e também pelo facto de conhecer um tipo de serviço, que não é a minha realidade profissional, como o caso de uma unidade de cardiologia.

De salientar que, a minha procura por melhores padrões de conhecimento, além do estudo e pesquisa necessários ao longo do estágio, foi essencialmente explorado pelos conhecimentos e experiência de todos os colegas que conheci, especialistas ou não, que graças ao *know* e *know-how* integrados, pela dedicação à área da cardiologia, são um verdadeiro exemplo.

Portanto, como explica Benner (2001), o perito reúne um conjunto de características como a responsabilidade e intuição. Enaltece que com a experiência, o enfermeiro desenvolve um conhecimento clínico fruto da fusão do conhecimento teórico e prático.

Em suma, a partilha de saberes engrandece todos os profissionais.

4.2. Desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica

Ainda segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica e as suas três competências, Regulamento n.º 124/2011, de acordo com a OE, o especialista em pessoa em situação crítica deve ser capaz de gerir a complexidade das situações de saúde, mobilizando conhecimentos e habilidades, para responder em tempo útil, de forma holística. Certamente, esta exigência do órgão regulador da nossa prática, vem ao encontro dos objetivos que concretizei neste estágio.

Foi notório que, todos os conhecimentos e habilidades que adquiri com a minha experiência foram e são constantemente mobilizados no dia-a-dia, nomeadamente quando estou perante situações pouco habituais e num lugar desconhecido.

Portanto, nesta experiência clínica, prestei cuidados de enfermagem complexos, em situações de doença crítica tais como:

- Insuficiência cardíaca:

Envolve alterações estruturais e funcionais do coração e nos vasos periféricos que levam à disfunção sistólica e diastólica. Os sintomas mais frequentes são dispneia funcional, ortopneia e dispneia noturna, edemas (essencialmente membros inferiores) e fadiga. O tratamento é medicamentoso, mas em última instância, na insuficiência cardíaca grave pode-se considerar o transplante cardíaco (Abraham & Hasan, 2014).

- Estenose aórtica:

A sua prevalência aumenta com a idade. Normalmente, a estenose aórtica surge por doença dos folhetos da válvula, levando à regurgitação aórtica. As principais causas desta estenose são válvula aórtica bicúspide (causa congénita) e a doença valvular aórtica calcificada ou reumática. A substituição desta válvula pode ser cirúrgica ou percutânea.

É necessário atenção aos sintomas como dispneia, ortopneia e edemas dos membros inferiores, semelhantes à insuficiência cardíaca, e angina de peito. Nos casos severos, pode surgir instabilidade hemodinâmica, hipoperfusão cerebral e síncope (Elmariah, Freeman, Miller & Otto, 2014).

- Estenose da válvula mitral:

Consiste na obstrução do fluxo sanguíneo entre a aurícula e o ventrículo esquerdos. Praticamente, em todos os doentes é provocada por cardite reumática. Os sintomas são dispneia de esforço inicialmente, progredindo para ortopneia. Nos casos severos provoca fadiga, levando também a hepatomegalia, edema e ascite por insuficiência do ventrículo direito. As palpitações são queixa frequente por fibrilhação auricular ou flutter auricular. Os doentes com sintomas graves devem ser tratados cirurgicamente. A terapêutica farmacológica está reservada para os doentes sintomáticos que estão a ser preparados para a cirurgia ou então os que não são candidatos à mesma (Carabello, 2014).

- Arritmias:

Consistem em alterações do ritmo cardíaco normal, ou seja, do ritmo sinusal. Comumente identificadas pelo ECG de 12 derivações, podem ser variadas, desde bradicardia, taquicardias ou bloqueios na condução elétrica. O

doente manifesta usualmente palpitações e síncope. Mas pode apresentar fadiga, dor torácica e dispneia.

Normalmente, exigem um estudo electrofisiológico para determinar o diagnóstico exato, o mecanismo ou localização das arritmias. Mediante este diagnóstico o tratamento pode ser medicamentoso, cardioversão elétrica, ablação, dispositivos definitivos como Pace-maker e CDI (CardioDesfibrilhador Implantado) e desfibrilhação (se ritmo desfibrilhável) (Prystowsky & Fogel, 2014).

- Endocardite infecciosa:

É provocada por uma infeção microbiana do revestimento endotelial das estruturas intracardíacas, que se não for tratada é fatal. Engloba a infeção endovascular persistente que causa bacteriemia contínua. Cerca de 80% dos casos são causados por *estreptococos* e *estafilococos*. O doente pode apresentar fadiga, febre, anorexia, perda de peso, sudorese noturna e dores articulares ou nas costas. Os sinais que canalizam para o diagnóstico são sopro novo no coração, insuficiência cardíaca e vascular.

Instituir uma rápida terapia antibiótica adequada por via endovenosa é o mais importante (Haldar & O’Gara, 2014).

- Doença coronária:

A síndrome coronária aguda incorpora um espectro de eventos isquémicos miocárdicos como já foi descrito no início deste capítulo. Todavia, o resultado final é a isquémia do miocárdio, sendo que o diagnóstico rápido é essencial para tratar esta doença potencialmente fatal (Kim, Kini & Fuster, 2014).

Então, pela minha experiência neste estágio, nas unidades de intermédios e intensivos de cardiologia, tive oportunidade de avaliar e monitorizar doentes cardíacos diariamente, nomeadamente coronários, como por exemplo, avaliando as suas queixas, tanto de dor, como dispneia, avaliando os sinais vitais, observando edemas, monitorizando o balanço hídrico, interpretando o ECG, entre muitos outros, e com o acompanhamento de colegas experientes.

Executei cuidados técnicos de alta complexidade, como manuseamento de monitorização ECG, quer por telemetria, na qual é necessário definir padrões e ajustar alarmes mediante o doente em questão, quer com o ECG de 12 derivações.

Outra técnica complexa que executei foi a extração dos introdutores (dos cateterismos), tanto radial como femural e aplicação de compressão, manual ou mecânica, com pulseira insuflável ou dispositivo de compressão femural.

Em relação à monitorização invasiva, tive oportunidade de prestar cuidados a doentes com cateter arterial e cateter venoso central, e aperfeiçoar, mais uma vez, o seu manuseamento na unidade de intensivos, especificamente a PVC e PA contínua.

Curiosamente, os equipamentos utilizados eram semelhantes aos que utilizo diariamente, o que me deixou mais familiarizada.

Portanto, detetei de forma antecipatória focos de instabilidade, com a interpretação dos valores mensurados com a mesma. Acrescento também que a monitorização ECG (por telemetria ou à cabeceira do doente) foi uma mais-valia, especificamente numa unidade de cardiologia, porque em primeira mão, qualquer sinal de instabilidade que o doente apresente será de causa cardíaca.

Foram vários os doentes em situações de maior instabilidade, provocadas por arritmias não controladas, provenientes do SU, como o exemplo de um doente com bloqueio aurículo-ventricular de 3º grau, com frequência cardíaca entre 20 a 30 bpm, ou do serviço de cardiologia invasiva, pós cateterismos, por exemplo, em que o risco de hemorragia é elevado, principalmente na fase em que os introdutores tinham de ser retirados.

Relembro que a OE descreve que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados, pois a pessoa em situação crítica é aquela que cuja vida está ameaçada por falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 124/2011).

Inclusivamente, foi possível demonstrar conhecimentos e habilidades em SAV, visto que tive situações de peri-paragem e de PCR. Nestas situações, senti que fui um reforço para a equipa, pois demonstrei conhecimento e segurança nos meus atos e, por parte dos colegas, senti confiança, pois trabalhámos em equipa.

De forma sucinta, o que esta experiência acrescentou à experiência de cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, em relação ao estágio anterior em cuidados intensivos, foi o facto de esses processos complexos serem sempre de origem cardíaca, pelo que desenvolvi habilidades acrescidas no cuidado especializado a estes doentes.

Quanto ao serviço de cardiologia invasiva, pude experienciar 6 dias repletos de novas técnicas e procedimentos, o que fez melhorar a minha compreensão sobre os mesmos e, realmente, será facilitador quando tiver de fornecer informação ao doente e família sobre os mesmos.

Então, neste campo deste estágio, observei e colaborei nos seguintes procedimentos:

- Biópsia cardíaca: colheita de amostra do miocárdio via cateterismo femoral, em coração transplantado em criança de 3 anos, com anestesia geral;
- Colocação de Pace-maker definitivo e CDI;
- Estudos electrofisiológicos com ablação de taquicardia supraventricular;
- Cardioversão elétrica por fibrilhação auricular, com anestesia;
- TAVI, implantação de válvula aórtica transcutânea, em dois doentes, com anestesia local. Este procedimento iniciou-se, neste hospital, em 2014. Este avanço tecnológico utiliza uma válvula colapsável, comprimida dentro de um cateter e colocada na aorta por cateterismo femoral (Freeman & Otto, 2014).
- Cateterismos diagnósticos, cerca de 20, com angiografia coronária. Kern e King III (2014) dizem ser uma modalidade invasiva utilizada para avaliar e diagnosticar patologias como a doença arterial coronária, entre outras;
- PCI, em cerca de metade dos cateterismos, com uso de *stents*. Segundo Douglas e King III (2014), permitem reduzir a reestenose e resolver a oclusão aguda do vaso pós angioplastia. Os *stents* utilizados são revestidos, de forma a evitar a rejeição dos mesmos. É essencial conjugar a terapia antiplaquetária para prevenção de trombose do *stent*;
- Aterectomia (coronária) rotacional, em dois doentes, com uso de *Rotablater®* (dispositivo utilizado), seguido de colocação de *stent*. Esta técnica é muito pouco utilizada, como comprova o estudo de Pereira et al. (2015), referindo uma utilização inferior a 2%. Consiste na remoção mecânica de placas de ateroma muito calcificadas.

Relativamente aos cateterismos com angiografia coronária, os cateteres específicos utilizados para esta técnica são guiados por fluoroscopia, mediante a injeção de produto contraste. Observei que esta substância é monitorizada, sendo registada a quantidade total injetada durante o procedimento, pelo enfermeiro.

O acesso arterial percutâneo é habitualmente pela artéria radial direita e artéria femoral. O uso de acesso radial cresceu passando de 4,1%, em 2004, para

57,9%, em 2013, referem Pereira et al. (2015), num estudo sobre a evolução da intervenção coronária percutânea, em Portugal.

Realmente, esta via de acesso leva a uma melhor recuperação do doente, por permitir a deambulação mais precoce e por estar associado a menos complicações hemorrágicas.

Neste caso é utilizado um dispositivo de compressão radial, segundo um protocolo, o qual explico mais à frente.

Quanto ao acesso por via femural, também está disponível um dispositivo próprio, ou seja, de compressão femural. Este dispositivo consiste numa estrutura metálica, colocada sob a cama e diretamente na região inguinal, fazendo compressão constante, quando são retirados os introdutores, e mantém-se por longos minutos até cessar a hemorragia. Reparei que, pela pressão exercida, este dispositivo provocava desconforto à maior parte dos doentes. No entanto era necessário porque a compressão manual direta habitualmente, não era suficiente e também, porque fisicamente era exaustivo para o enfermeiro manter a compressão por tanto tempo. Aqui, observei que o apoio emocional do enfermeiro era preponderante no alívio da dor e ansiedade, no caso específico de um doente mais jovem, que apresentou menor tolerância à dor com mal-estar e palidez. Estas situações exigem de nós conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica.

Em relação ao SU, onde estive um turno, foi do meu interesse conhecer a dinâmica aquando de um doente com suspeita de síndrome coronário agudo. Então, estive um turno no SU do HSJ, seguindo o percurso desde a triagem até à sala laranja ou sala de emergência. Aqui dediquei especial atenção aos doentes com dor torácica.

Apercebi-me da existência da VV coronária e do protocolo da dor torácica. De notar que a VV coronária era ativada já antes da entrada do doente neste SU, ou seja, pelo médico no pré-hospitalar, ou proveniente de outro hospital. Neste caso, o doente já trazia ECG de 12 derivações que confirmava a existência de supradesnivelamento do segmento ST. À entrada, o enfermeiro mantém a VV na Triagem de Manchester e o doente é alocado à sala de emergência, onde era observado pelo cardiologista de urgência e encaminhado para o tratamento adequado.

Quanto ao protocolo da dor torácica, é aplicado aos restantes doentes, que manifestem como queixa de apresentação dor torácica. Neste momento, é aplicada uma triagem secundária, que avalia critérios como tipo e localização da dor, factores de risco para doença coronária e antecedentes, que consoante os critérios assinalados obtém-se uma pontuação. Se o resultado for igual ou superior a 3, é requisitado o ECG de imediato, sendo atribuída a prioridade laranja, muito urgente, e assim o doente segue para a sala laranja onde é observado pelo médico dessa área. O contacto do cardiologista fica a critério deste. Se resultado inferior a 3, o doente segue o circuito da Triagem de Manchester de acordo com a prioridade atribuída.

Em síntese, Matias et al. (2008), num estudo intitulado Triagem de Manchester nos Síndromes Coronárias Agudas, concluíram que a maioria dos doentes internados com síndrome coronário agudo foi triada com a cor laranja e amarela, a qual traduz uma prioridade “muito urgente” e “urgente”. Também referem que a triagem inicial influencia a rapidez do atendimento inicial por um médico mas, surpreendentemente, não a rapidez de internamento.

Mais tarde, Carapeto (2012) acrescenta, como resultado do seu estudo sobre o tempo “porta-balão”, ou seja, o tempo desde a admissão no hospital e a PCI, que apesar de se detetarem tempos acima do recomendado, os 90 minutos, registou-se uma melhoria desses tempos, nos anos de 2010 e 2011.

Num outro estudo, da população estudada por Sousa et al. (2012), apenas uma reduzida percentagem de doentes com EAM obteve tratamento adequado por angioplastia primária dentro dos tempos recomendados. Os doentes referenciados pelo sistema de emergência pré-hospitalar, embora em reduzida percentagem do total, foram os que obtiveram os melhores resultados na precocidade do tratamento. O cumprimento das recomendações traduz-se em melhores resultados na perfusão miocárdica obtida pela angioplastia primária.

Esta experiência no SU veio complementar a competência específica cuida da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica, na qual pude entender qual o trajeto que o doente percorre até chegar à unidade de cardiologia, local onde eu estava a desenvolver o estágio.

Com o foco de gerir a administração de protocolos terapêuticos complexos, pois, como esclarece a OE, no Regulamento n.º 124/2011, é uma das competências do especialista em pessoa em situação crítica, pude verificar quais

os protocolos existentes no serviço. Após consulta da documentação disponível no serviço, de forma a conhecer os protocolos terapêuticos existentes, verifiquei que formalmente existem os seguintes:

- Pulseira insuflável TR-band®;
- Protocolo das hiperglicemias persistentes;
- Protocolo das reações alérgicas;
- Protocolo de administração de Tenecteplase.

O único protocolo que tive oportunidade de aplicar foi o do dispositivo de compressão radial (pulseira insuflável TR-band®), pois é utilizado diariamente. Esta pulseira pode ser insuflada através de uma seringa em válvula própria, sendo apenas utilizada para cateterismos da artéria radial. A pulseira é colocada na posição adequada, sendo insuflado de 13 a 18 cc de ar, até parar a hemorragia, sem exceder os 18 cc de ar, e retirando o introdutor simultaneamente. Para ser retirada, também é necessário seguir um conjunto de procedimentos, retirando 3 cc de ar e prosseguir no algoritmo mediante a presença de hemorragia ou não. No caso de cateterismo diagnóstico, começa-se a desinsuflar uma hora depois. No caso de PCI (com heparina endovenosa) inicia-se em duas horas.

Na realidade, os enfermeiros demonstravam habilidades ao aplicá-lo, o que foi facilitador para a minha aprendizagem. Após consulta do mesmo e mediante explicação da enfermeira orientadora, pude então empregá-lo. Tive oportunidade de colocá-la e retirá-la segundo o protocolo, tendo em atenção a sua ação e possíveis complicações: alterações de perfusão da mão e hemorragia. Desta forma, desenvolvi igualmente as unidades de competência diagnosticar precocemente as complicações resultantes da implementação de protocolos terapêuticos complexos, implementar respostas de enfermagem, monitorizá-las e avaliá-las.

Em relação aos restantes protocolos, não tive oportunidade de administrá-los, todavia dei especial atenção ao protocolo das reações alérgicas, pois acontecem com alguma frequência e são potencialmente fatais.

Quanto à dor e bem-estar da pessoa em situação crítica, sabe-se que a dor precordial é o sintoma mais frequente e o mais associado a problemas cardíacos pela população em geral, como confirma Norte (2013), no seu estudo sobre EAM, em que a dor torácica se revelou como o sintoma mais frequente,

com 54% dos casos confirmados de EAM, quando comparado com outros sintomas como dispneia ou vômitos, por exemplo.

De facto, foi curioso a dor não ter sido um sintoma frequente. Na realidade, o meu contacto com os doentes era já numa fase pós-tratamento, provenientes da urgência ou da hemodinâmica. Esta circunstância motivou-me a dar atenção ao ressurgimento deste sintoma, que poderia significar agravamento do quadro clínico do doente. Pelo que, desta forma, fortaleci a minha capacidade na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando respostas. Fui ao encontro da identificação das evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, avaliando sempre a dor, utilizando a escala verbal da dor e orientando o doente para informar se a mesma ou outro sintoma surgisse.

Na gestão das medidas farmacológicas, administrei o analgésico prescrito em SOS, neste caso habitualmente o Paracetamol, avaliando o seu efeito terapêutico, no entanto numa situação para cefaleias e noutra por lombalgias. Num dos casos foi necessário mais analgesia, tendo articulado a minha atuação com o cardiologista assistente. Também dei igual importância às medidas não farmacológicas, promovendo o conforto do doente e atendendo às suas preferências, como proporcionando uma almofada para posicionamento ou diminuindo a luminosidade da enfermaria.

Quanto à assistência à pessoa e família, também dou ênfase às minhas experiências na relação com os mesmos. Senti realmente que o enfermeiro é o pilar do doente e família, sendo desta forma, o nosso papel, preparar o doente e família para esta nova condição de vida fundamental. Numa das situações, acompanhei um doente por um período mais longo, pois ele permaneceu internado enquanto durou o meu estágio. Senti que desenvolvi uma relação de proximidade com a família, a esposa, pelo simples facto, mas não só, de que na visita perguntava se eu estava para conversar comigo.

Portanto, Passos et al. (2015) explica que é fundamental a utilização de estratégias que possam amenizar o sofrimento da família, para que se crie uma relação estreita entre o profissional de saúde e aquele que precisa de cuidado, para que o foco não seja somente a doença.

Outra situação a referir, é a necessidade de ter um sentido crítico de forma a estabelecer prioridades, visto que o doente e família procuram respostas,

as quais exigem disponibilidade da nossa parte, mas, por outro lado, temos tratamentos para iniciar de imediato. É essencial saber gerir prioridades e emoções. Logo, acerca desta relação, Correia (2012) diz ser

uma relação construída no sofrimento da família e no alento trazido pelos enfermeiros, a escuta, o incentivo, a explicação, a procura de compreender com a preocupação de fazer-se compreender também, o sentido enfim, que o enfermeiro foi por vezes capaz de incutir fazendo assim a diferença no momento final (p.115).

Nesta perspetiva, a assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais foi constante, quiçá extenuante, pois é necessário empregar todos os conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa em situação crítica e ou falência orgânica. Senti que todos os momentos com o doente e familiares leva-nos, a nós enfermeiros, instintivamente, a oferecer uma palavra de apoio e afeto, o que, uma vez mais, desenvolveu em mim competências e habilidades.

Assim, este estágio foi também promotor no desenvolvimento das aptidões necessárias para o estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa e família e da gestão da comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica.

Em suma, o empenho de cada enfermeiro reflete-se no estudo de González, Sánches e Morales (2016), acerca da satisfação dos familiares de doentes internados em cuidados intensivos e cuidados intensivos coronários, no qual concluíram que a maior parte dos familiares está satisfeito, nomeadamente sobre a compreensão dos cuidados prestados, a informação fornecida e a sua sinceridade, a amabilidade dos profissionais, o conforto dos familiares durante a visita e na sala de espera. Estes itens revelam o que os familiares esperam dos profissionais de saúde e vão de encontro às experiências que tive neste contexto da prática.

Finalizando, quanto à competência referente à prevenção e controlo da infeção, observei especificamente que, neste hospital, antes de procedimentos invasivos, como cateterismos via radial ou femoral, colocação de Pace-maker e CDI, faz-se antibioterapia profilática com Cefazolina, cefalosporina de 1ª geração. Quanto à preparação para a cirurgia cardíaca, imediatamente antes de ser transferido para o bloco operatório, o doente faz também profilaxia antibiótica, com Cefazolina e Vancomicina. É aplicada igualmente Mupirocina 1 *puff* em cada narina antes da cirurgia, e continuada de 2 a 5 dias após.

No dia da cirurgia, o banho é com sabão antiséptico, com clorhexidina. Em relação à tricotomia, é realizada na noite antes, cerca de 12 horas antes.

Estes procedimentos vão de encontro com os feixes de intervenções quanto à prevenção da infeção do local cirúrgico, do programa Stop Infeção Hospitalar, exceto este último, pois o indicado é que a tricotomia seja realizada antes da intervenção cirúrgica, nomeadamente no bloco operatório.

Com efeito, maximizei a intervenção na prevenção e controlo da infeção da pessoa em situação crítica.

Sumariamente, face às competências específicas relatadas, sinto que desenvolvi e aperfeiçoei muitas das habilidades já adquiridas, mas num contexto que escolhi e que tanto ambicionava, o do doente coronário. Além de tudo o que aprendi e melhorei, o sentimento de realização profissional elevou-se, pois, além de ter sido o último estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, foi aquele que correspondeu a uma preferência minha e que por isso senti a obrigação de absorver o máximo de experiências e saberes.

Essencialmente, aprendi que esta vontade em querer saber mais, é o que nos torna melhores enfermeiros.

CONCLUSÃO

A realização deste relatório, integrado na Unidade Curricular Relatório de Estágio, como conclusão do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, é o culminar de um percurso, certamente como muitos outros, com altos e baixos, mas que por isso mesmo, preenche o meu pensamento com sentimentos de orgulho, realização e expectativa quanto ao que o futuro me reserva.

Em primeiro lugar, relatei como desenvolvi competências no decorrer da minha prática profissional, como enfermeira há 11 anos, num serviço de urgência. Este relato permitiu-me refletir e analisar como evolui como enfermeira, com todos os meus sucessos e fracassos, mas que foram certamente importantes para a construção de quem eu sou hoje, como pessoa e como profissional. Também me apercebi, agora que refleti, que construí um percurso do qual me orgulho e que só poderia culminar com a especialização na área do doente crítico, isto é, no Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Em segundo lugar, saliento as competências que desenvolvi no estágio de cuidados intensivos. Neste contexto, tive a confirmação do caminho que quero continuar a construir como enfermeira, isto é, na prestação de cuidados ao doente crítico. Muitas mais competências foram agora maximizadas, pelo que complementaram o meu *know* e *know-how*.

Por fim, o estágio de opção abriu novos horizontes, conheci uma realidade diferente, numa diferente população. Adquiri novos conhecimentos, numa área que não dominava, mas que por isso se tornou motivador. Todos os dias deparei-me com experiências novas e complexas, ao mesmo tempo que enriquecedoras, pois estas constituíram um desafio no sentido de um contínuo aperfeiçoamento em direção à competência especializada.

Portanto, é agora o momento de enaltecer todos os enfermeiros, que cruzaram o meu caminho e que muito contribuíram, com os seus exemplos como pessoas e como profissionais, para me direcionar no rumo certo desta profissão.

Neste momento, posso afirmar que alcancei o objetivo inicialmente proposto e que alcancei por fim as competências pretendidas como Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica. Isto porque a minha perspetiva perante o doente crítico foi alterada, a minha perceção otimizada e por estar agora mais

convicta que a pessoa em situação crítica depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica para sobreviver e que, para tal, o enfermeiro tem de ser capaz de prestar cuidados altamente qualificados e de forma contínua, para manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e promovendo a sua recuperação.

Desta forma, pela capacidade crítica e reflexiva que desenvolvi com alguns anos de experiência e por nutrir uma paixão especial pelo doente crítico, encontrei no Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica o caminho para alcançar as competências especializadas que tanto ambicionava.

Como dificuldades, além do tempo disponível para a realização do relatório ser sempre curto, sinto que comprometi aspectos da minha vida pessoal e familiar, para a realização do mesmo e também para cumprir, com qualidade, a frequência dos estágios. No entanto, é compensador ter noção das muitas conquistas que realizei, e também saber que as pessoas que mais sofreram com as minhas ausências são as primeiras a manifestar orgulho pelos meus feitos.

Seria então importante que as instituições de saúde fossem dotadas da genuína iniciativa de capacitar os seus profissionais, investindo na sua formação e proporcionando condições para o desenvolvimento de competências em cada um deles. Consequentemente, estas competências serão refletidas na qualidade dos cuidados, sendo que enfermeiros mais competentes beneficiam acima de qualquer custo, os próprios doentes e o seu bem-estar.

É realmente um desafio para a enfermagem que nos tornemos profissionais cada vez mais completos, tanto no conhecimento científico, como na execução técnica ou na vertente relacional, ética e humana. Só assim a enfermagem evolui, não restando dúvidas da nossa importância e do nosso lugar e dos benefícios para os doentes e suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, W. & Hasan, A. (2014). Diagnóstico e tratamento da insuficiência cardíaca. In R. A. Walsh, J. C. Fang & V. Fuster (coords). *Hurst's o coração: Manual de cardiologia* (M. A. Drago, Trad.) (13ª ed.) (pp. 205-211). Lisboa: Eurobooks Editora. (tradução do original inglês *Hurst's the heart: Manual of cardiology*, 13th ed., 2013, New York: McGraw-Hill Education).
- Alves, E. A. V. (2016). O início do ciclo de melhoria contínua da qualidade em serviços de saúde. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 5(2), 180-181. Consultado a 23 de janeiro de 2017, disponível em <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/7385/4562>
- Batalha, L. M. C., Figueiredo, A. M., Marques, M. & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 7-16.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. (A. A. Queirós, B. Lourenço, Trans.). Coimbra: Quarteto editora. (tradução do original inglês *From novice to Expert: Excellence and Power in clinical nursing practice*, 2001, New Jersey: Prentice Hall).
- Benner, P., Kyriakidis, P. H. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach*. (2nd Ed.) New York: Springer Publishing Company.
- Camelo, S. H. H. (2012). Competência profissional do enfermeiro para atuar em unidades de terapia intensiva: uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(1). Consultado a 17 de janeiro de 2017, disponível em http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_25.pdf

- Carabello, B. A. (2014). Estenose da válvula mitral. In R. A. Walsh, J. C. Fang & V. Fuster (coords). *Hurst's o coração: Manual de cardiologia* (M. A. Drago, Trad.) (13ª ed.) (pp. 380-388). Lisboa: Eurobooks Editora. (tradução do original inglês Hurst's the heart: Manual of cardiology, 13th ed., 2013, New York: McGraw-Hill Education).
- Carapeto, S. C. C. (2012). *Via verde coronária e enfarte agudo do miocárdio: Tempo médio entre a admissão no serviço de urgência central e a reperfusão por angioplastia primária*. (Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, Lisboa). Consultada em <http://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/4228/1/Via%20verde%20coro%C3%A1ria%20e%20enfarte%20agudo%20do%20mioc%C3%A1rdio1.pdf>
- Cardoso, A. P. S. (2015). *Organização na sala de emergência*. Consultado a 5 de fevereiro de 2017, disponível em <http://www.nursing.pt/organizacao-na-sala-de-emergencia/>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2014). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE versão 2011* (H. Castro, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. (tradução do original inglês International classification of nursing practice, 2013, Genebra: International Council of Nurses).
- Correia, J. A. C. (2016). *Violência no trabalho dos enfermeiros do serviço de urgência*. (Dissertação de mestrado, Instituto politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo). Consultada em http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1523/1/Joana_Correia.pdf
- Correia, M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos enfermeiros em UCI*. (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa). Consultada em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf

- Correia, T. I. G., Ribeiro, M. I. & Martins, M. D. S. (2011). Competências de liderança em enfermeiros especialistas. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(4), 537. Consultado a 25 de outubro de 2016, disponível em <http://hdl.handle.net/10198/6246>
- Degallaix, E. & Meurice, B. (2003). *Do desenvolvimento de competências ao projecto de estabelecimento* (F. Duarte, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (traduzido do original francês Construire des apprentissages au quotidien, 2003, Bruxelles: De Boeck Larcier).
- Dias, M. F. P. B. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências*. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Tese de doutoramento. Porto.
- Dicionários Editora (Ed.). (2013). *Dicionário da Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Dieckmann, J. (2011). História da Saúde pública e da enfermagem de saúde pública e comunitária. In M. Stanhope & J. Lancaster (Eds.). *Enfermagem de saúde pública: Cuidados de saúde na comunidade, centrados na população*. (M. A. P. R. P. Negrão, M. J. G. P. Paixão, M. G. M. Fernandes, M. J. F. Pinheiro, R. M. Azevedo, Trans.) (7ª ed.) (pp. 22-47) Loures: Lusodidacta. (traduzido do original inglês Public health nursing; Population-centered health care in the community 7th ed., 2011, New York: Elsevier Inc.).
- Direção-Geral de Saúde (2016). *Portugal: Doenças Cérebro-Cardiovasculares em Números 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2016). *Estatísticas da saúde da Região Autónoma da Madeira*. Funchal: Direção Regional de Estatística da Madeira.

- Douglas, J. S. & King III, S. B. (2014). Intervenção Coronária Percutânea. In R. A. Walsh, J. C. Fang & V. Fuster (coords). *Hurst's o coração: Manual de cardiologia* (M. A. Drago, Trad.) (13ª ed.) (pp. 290-304). Lisboa: Eurobooks Editora. (tradução do original inglês Hurst's the heart: Manual of cardiology, 13th ed., 2013, New York: McGraw-Hill Education).
- Elmariah, S., Freeman, R. V., Miller, M. A. & Otto C. M. (2014). Doença da válvula aórtica. In R. A. Walsh, J. C. Fang & V. Fuster (coords). *Hurst's o coração: Manual de cardiologia* (M. A. Drago, Trad.) (13ª ed.) (pp. 646-671). Lisboa: Eurobooks Editora. (tradução do original inglês Hurst's the heart: Manual of cardiology, 13th ed., 2013, New York: McGraw-Hill Education).
- Fazio, J. (2011). A Prática de enfermagem de urgência: uma visão história. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds). *Sheehy enfermagem de urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 9-17). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês Sheehy's emergency nursing: Principles and practice, 6th ed., 2010, New York: Mosby).
- Ferreira, N., Miranda, C., Leite, A., Revés, L., Serra, I., Fernandes, A. P., ... Freitas, P. T. (2014). Dor e analgesia em doente crítico. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 2(2), 17-20. Consultado a 17 de janeiro de 2017, disponível em <http://revistaclinica.hff.min-saude.pt/index.php/rhff/article/view/95/59>.
- Ferreira, S., Nogueira, C., Conde, S. & Taveira, N. (2009). Ventilação não invasiva. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 15(4), 655-667.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes: Uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel.

- Freeman, R. V. & Otto C. M. (2014). Doença da valvular aórtica. In R. A. Walsh, J. C. Fang & V. Fuster (coords). *Hurst's o coração: Manual de cardiologia* (M. A. Drago, Trad.) (13ª ed.) (pp. 367-379). Lisboa: Eurobooks Editora. (tradução do original inglês Hurst's the heart: Manual of cardiology, 13th ed., 2013, New York: McGraw-Hill Education).
- Gómez-Rojas, J. P. (2015). Las competencias profesionales. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 38(1), 49-55. Consultado a 11 de janeiro de 2017, disponível em <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2015/cma151g.pdf>
- González, A. M. C., Sánchez, D. G. & Morales, G. D. T. (2016). Evaluación de la satisfacción de las familias y/o acompañantes de los pacientes atendidos en la unidad de cuidado intensivo y cuidado coronario de una institución de cuarto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín. *Revista CES Salud Pública*, 7(1), 25-36, DOI: <http://dx.doi.org/10.21615/cessp.7.1.3>.
- Grupo Português de Triagem (2015). *Sistema de triagem de Manchester*. Lisboa. Consultado a 8 de fevereiro de 2017, disponível em <http://www.grupoportuguestriagem.pt/>
- Guimarães, H. P. (Ed.) (2015). *Destaques da American Heart Association 2015: Atualização das directrizes de RCP e ACE*. Dallas: American Heart Association.
- Haldar, S. M. & O'Gara, P. T. (2014). Endocardite infecciosa. In R. A. Walsh, J. C. Fang & V. Fuster (coords). *Hurst's o coração: Manual de cardiologia* (M. A. Drago, Trad.) (13ª ed.) (pp. 424-449). Lisboa: Eurobooks Editora. (tradução do original inglês Hurst's the heart: Manual of cardiology, 13th ed., 2013, New York: McGraw-Hill Education).

Haugh, K. H. (2010) Doença das artérias coronárias e disritmias. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek & C. Green (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trans.) (8ª ed.) (Vol 2, pp. 767-827). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives, 8th ed., 2007, New York: Elsevier Inc.).

Holanda, F. L., Marra, C. M. & Cunha, I. C. K. O. (2015). Perfil de competência profissional do enfermeiro em emergências. *Acta Paulista de Enfermagem* 28(4), 308-314, DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/19820194201500053>.

<http://portal-chsj.min-saude.pt/pages/631>. Consultado a 16 de novembro de 2017.

<http://www.onu.org.br/img/2014/09/DUDH.pdf> Consultado a 14 de fevereiro de 2017.

https://www.sesaram.pt/gcppcira/index.php?option=com_content&view=article&id=25&Itemid=187. Consultado a 9 de janeiro de 2017.

Kern, M. J. & King III, S. B. (2014). Cateterismo cardíaco e angiografia coronária. In R. A. Walsh, J. C. Fang & V. Fuster (coords). *Hurst's o coração: Manual de cardiologia* (M. A. Drago, Trad.) (13ª ed.) (pp. 78-90). Lisboa: Eurobooks Editora. (tradução do original inglês Hurst's the heart: Manual of cardiology, 13th ed., 2013, New York: McGraw-Hill Education).

Kim, M. C., Kini, A. S. & Fuster, V. (2014). Definições e patogenia das síndromes coronárias agudas. In R. A. Walsh, J. C. Fang & V. Fuster (coords). *Hurst's o coração: Manual de cardiologia* (M. A. Drago, Trad.) (13ª ed.) (pp. 249-257). Lisboa: Eurobooks Editora. (tradução do original inglês Hurst's the heart: Manual of cardiology, 13th ed., 2013, New York: McGraw-Hill Education).

- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas, resposta a 80 questões*. (M. D. Garrido, Trad.). Porto: Asa Editores. (tradução do original francês Construire les Compétences Individuelles et Collectives, Les réponses à 80 questions, 2004, Paris: Éditions D'organisation).
- Leite, L. (2007). Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados: Perspectiva do Conselho de Enfermagem. *Ordem dos Enfermeiros*, (24), 27-32.
- Marques, P. A. O., Sousa, P. A. F. & Silva, A. A. P. (2013). Confusão aguda no idoso: dados para a decisão do enfermeiro. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 37-43.
- Matias, C., Oliveira, R., Duarte, R., Bico, P., Mendonça, C., Nuno, L., ... Afonso, S. (2008). Triagem de Manchester nas síndromes coronárias agudas. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 27(2), 205-216.
- Melo, E. M., Teixeira, C. S., Oliveira, R. T., Almeida, D. T., Veras, J. E. G. L. F., Frota, N. M., ... Studart, R. M. B. (2014). Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 55-63, DOI: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1316>.
- Mendonça, S. (2009). *Competências profissionais dos enfermeiros: A excelência do cuidar*. Porto: Editorial Novembro.
- Neighbors, M. (2010). Cuidados de emergência. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek, & C. Green, (Eds.). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Perspectivas de Saúde e Doença* (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trans.) (8ª ed.) (Vol. 1, pp. 181-194). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives, 8th ed., 2007, New York: Elsevier Inc.).

Nogueira, A., Gomes, R., Belchior, R. & Araújo I. (2016). *Erros de medicação no contexto de urgência: a abordagem do enfermeiro na retaguarda*. Consultado a 6 fevereiro de 2017, disponível em <http://www.nursing.pt/erros-de-medicacao-no-contexto-do-servico-de-urgencia-a-abordagem-do-enfermeiro-na-retaguarda/>

Nogueira, M. (1990). *História da enfermagem*. Porto: Edições Salesianas.

Norte, G. R. L. C. P. (2013). *Enfarte agudo do miocárdio com supra-ST: Avaliação do protocolo de via verde coronária*. (Dissertação de mestrado, Universidade da Beira Interior, Ciências da Saúde, Covilhã). Consultada em [http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1411/1/Disserta%C3%A7%](http://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1411/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf)

Nunes, F. M., Meira, P. M., Martins A. G., Carvalho, I. Saraiva, M., Silva, P. N., ... Ribeiro, G. E. (2009). *Manual de trauma* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

Padilha, K. G., Sousa, R. M. C., Miyadahira, A. M. K., Cruz, D. A. L. M., Vattimo, M. F. F., Kimura, M., ... Ducci, A. J. (2005). Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): Diretrizes para aplicação. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo*, 39(2), 229-33. Consultado a 19 de janeiro de 2017, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/14.pdf>

Passos, S. S. S., Silva, J. O., Santana, V. S., Santos, V. M. N., Pereira, A. & Santos, L. M. (2015). O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UERJ*, 23(3), 368-374, DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6259>.

Patrick, V. C. (2011). Enfermagem de Urgência: uma visão histórica. In P. K. Howard & R. A. Steinmann (Eds.). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática* (L. C. Leal, Trad.) (6ª ed.) (pp. 3-8). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Emergency Nursing: principles and practice, 6th ed., 2010, New York: Elsevier Inc.).

- Pearson, M. & Craig, J. V. (2003). Prática baseada na evidência em enfermagem. In J. V. Craig & R. L. Smyth, (Eds.). (2003). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros* (M. J. Sampaio, Trad.) (pp. 3-21). Loures: Lusociência. (tradução do original inglês The evidence-based practice: manual for nurses, 2003. London: Elsevier Science Limited).
- Peixoto, A., Simões, A., Teles, A. Osório, E., Silva, F. R., Rodrigues, H., ... Pais, V. (2012). *Competências clínicas de comunicação*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Pereira, H., Teles, R. C., Costa, M., Silva, P. C., Ferreira, R. C., Ribeiro, V. G., ... Almeida, M. (2015). Evolução da intervenção coronária percutânea entre 2004-2013: Atividade em Portugal segundo o registo nacional de cardiologia de intervenção. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 34(11), 673-681.
- Plácido, G. C. (2014). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica e Família*. (Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa). Consultada em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16390/1/Relatorio%20Gon%C3%A7alo%20PI%C3%A1cido.pdf>
- PORTUGAL. Assembleia da República. (14 jul. 2009). Lei n.º 33/2009: Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Diário da República*, n.º 134, I série.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (21 mar. 2014). Lei n.º 15/2014: Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. *Diário da República*, n.º 57, I Série.
- PORTUGAL. Assembleia da República. (16 set. 2015). Lei n.º 156/2015: Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, n.º 181, I Série.

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (10 nov. 2014). Regulamento nº 506/2014: Regulamento de Creditação de Formação e Experiência Profissional da Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny. *Diário da República*, n.º 217, II Série.

PORTUGAL. Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (22 jul. 2015). Regulamento nº 8046/2015: Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica. *Diário da República*, n.º 141, II Série.

PORTUGAL. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. (24 mar. 2006). Decreto-Lei nº 74/2006: Graus académicos e diplomas do ensino superior. *Diário da República*, n.º 60, I Série-A.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - Circular Normativa nº 07/DQS/DQCO. 2010-03-31. Organização dos cuidados hospitalares urgentes ao doente traumatizado. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (11 ago. 2014). Despacho nº 10319/2014. *Diário da República*, n.º 153, II série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (30 set. 2014). Portaria nº 194/2014. *Diário da República*, n.º 188, I Série.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. (10 fev. 2015). Despacho nº 1400-A/2015. *Diário da República*, n.º 28, II Série.

PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 122/2011: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República* nº 35, II Série.

- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (18 fev. 2011). Regulamento nº 124/2011: Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 35, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (2 dez. 2014). Regulamento nº 533/2014: Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República nº 233, II Série*.
- PORTUGAL. Ordem dos Enfermeiros. (26 jun. 2015). Regulamento nº 361/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário da República nº 123, II Série*.
- Prystowsky, E. N. & Fogel, R. I. (2014). Abordagem do doente com arritmias cardíacas. In R. A. Walsh, J. C. Fang & V. Fuster (coords). *Hurst's o coração: Manual de cardiologia* (M. A. Drago, Trad.) (13ª ed.) (pp. 91-96). Lisboa: Eurobooks Editora. (tradução do original inglês Hurst's the heart: Manual of cardiology, 13th ed., 2013, New York: McGraw-Hill Education).
- Rhodes, A., Ferdinande, P., Flaatten H., Guidet B., Metnitz P. G. & Moreno R. P. (2012). The variability of critical care bed numbers in Europe. *Intensive Care Med*, 38,1647-1653, DOI: 10.1007/s00134-012-2627-8.
- Sá, F. L. F. R. G., Botelho, M. A. R. & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da família da pessoa em situação crítica: A experiência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31-46.
- Silva, I. J. B. (2013). *Catástrofe de 20 de fevereiro de 2010 na Ilha da Madeira: O impacto nos intervenores de saúde no serviço de urgência do hospital Dr. Nélio Mendonça*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto). Consultada em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/71760/2/30448.pdf>

- Smith-Blair, N. (2010). Cuidados Críticos. In F. Monahan, J. Sands, M. Neighbors, J. Marek & C. Green (Eds). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença* (I. M. Ligeiro, L. C. Leal, H. S. Azevedo, Trans.) (8ª ed.) (Vol 1, pp.195-207). Loures: Lusodidacta. (tradução do original inglês Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives, 8th ed., 2007, New York: Elsevier Inc.).
- Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. (2008). *Transporte de doentes críticos: Recomendações*. Lisboa: Celom.
- Sousa, P. J., Teles, R. C., Brito, J., Abecasis, J., Gonçalves, P. A., Calé, R., ... Mendes, M. (2012). ICP primária no enfarte de miocárdio com supradesnivelamento do segmento ST: tempo para intervenção e modos de referenciação. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 31(3), 203-205.
- Tappen, R. M. (2005). *Liderança e administração em enfermagem: conceitos e prática*. (A. H. Martins, F. Martins, Trans.) (4ª ed.). Loures: Lusociência (traduzido do original inglês Nursing Leadership and management: Concepts and practice, 2001, Philadelphia: F. A, Davis Company).
- Teixeira, J. M. F., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 135-142.
- Venturi, V., Viana, C. P., Maia, L. F. S., Basílio, M. J., Oliveira, A. A., Sobrinho, J. C., ... Melo, R. S. F. (2016). O papel do enfermeiro no manejo da monitorização hemodinâmica em unidade de terapia intensiva. *Revista Científica de Enfermagem*, 6(17), 19-23.